PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOW. LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,
CZASOWO WYDAWANY TAKŻE W ZASTĘPSTWIE „LWOWSKIEGO
TYGODNIKA LEKARSKIEGO“, ORGANU TOW. LEKARSKIEGO
LWOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH

ORAZ

wybił 57 1918

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH
KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LVII — 1918.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1918.

SPIS RZECZY

zawartych w tomie LVII „Przeglądu lekarskiego".

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Życiorysy.

IV. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych.

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawy Izb lekarskich.

VI. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

VII. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczanych we wszystkich czasopismach lekarskich po skich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba pochyła oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Nr 1. Kraków, 5. stycznia 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal





Rok LVII. Kraków, 5. stycznia 1918 Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Jak należy urządzić naukę chirurgii w polskich uniwersytetach.

Napisał

Ludwik Rydygier.

Korzystam ze swego 30-letniego doświadczenia jako profesor chirurgii i ze znajomości licznych uniwersytetów obcych, żeby w tej historycznej chwili zabrać głos w sprawie, jak należy urządzić naukę chirurgii w naszych uniwersytetach.

Dobre rozwiązanie tego zagadnienia jest wielkiej doniosłości, a z drugiej strony przedstawiają się wobec nadzwyczajnych postępów chirurgii i rozgałęzienia jej w ostatnich czasach niemałe trudności.

Dlatego też nie sądzę bynajmniej, żebym mógł sam sprawę tę mimo niejakiego doświadczenia rozwiązać, ale chciałbym ją poruszyć i dać początek do dyskusyi, ażeby w ten sposób razem z doświadczonymi i światłymi kolegami najlepsze urządzenie zakreślić i ustalić tak, żeby nauka chirurgii w naszych uniwersytetach nie tylko nie pozostawała w tyle w porównaniu z nauką u innych narodów, ale za wzór w swoim całokształcie służyć mogła.

Wiem dobrze, że takie urządzenie wymaga znacznych środków materyalnych; nie mniej też wiem, że w nowo powstającem państwie środków tych będzie potrzeba na rozliczne inne cele, mogące się wydawać niektórym nie mniej, ale przeciwnie więcej doniosłymi.

Wiem jednak z doświadczenia i to — bo stałem przy kolebce powstających dwóch klinik chirurgicznych polskich (w Krakowie i we Lwowie), chociaż nie miałem decydującego wpływu na ich ukształtowanie —, że rzecz, z początku nieodpowiednio założona — wymaga później więcej zachodów i większych środków materyalnych, niżby było potrzeba, gdyby sprawę było się od początku należycie pokierowało; a co jeszcze gorsza, w niejednym kierunku nie uda się już tego całkowicie naprawić i daleko trudniej wykołatać środki na poprawki, niż na rzecz nowo powstającą, mającą się odrazu do doskonałości doprowadzić.

To niech będzie wytłómaczeniem, dlaczego dziś już głos i sam zabieram i światłych kolegów do narady wzywam.

Przy urządzaniu nauki chirurgii w uniwersytecie należy wytężyć uwagę głównie w dwóch kierunkach:

1) na dobór i liczbę profesorów,
2) na doskonałość urządzenia zakładów.

W zwykłem życiu mówiłoby się o dobrych majstrach i doskonałych warsztatach. Wprawdzie Goethe powiada »In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister«, ale z tego nie wynika, żeby nawet geniuszom pracę utrudniać; — zresztą geniuszów tak mało i niezawsze na zawołanie, a przeciętny, nawet wybitny uczony więcej stworzy w dobrze urządzonym zakładzie, niż borykając się z trudnościami. Sławny Koch rozpoczął np. swoje wiekopomne prace w małem miasteczku W. Ks. Poznańskiego w najprymitywniejszych warunkach, ale przecież wielkie jego uzdolnienie okazało się w całym blasku, skoro przeniósł się do dobrze urządzonych i wyposażonych zakładów w Berlinie i tam nie przestał się starać o coraz to bardziej wzorowo urządzone pracownie. Tak samo widzimy na Carrelu, jak dalece ułatwiają wzorowo urządzone zakłady, wyposażone wszelkimi pomocniczymi dodatkami i bogatymi środkami, pracę naukową i najwybitniejszych uczonych.

Dobór odpowiednich profesorów nie będzie przedstawiać w Polsce wielkich trudności, bo wszakże mamy właśnie chirurgów tęgich i naukowo pracujących znaczną liczbę, jak to widać choćby ze Zjazdów chirurgów polskich i z literatury naszej. Rzeczą jest decydujących czynników wyszukać najlepszych: »der beste ist gerade gut genug für uns«. — Chcąc uzyskać najlepszych, trzeba dać odpowiednie warunki. Nietyle mam przy tem na myśli płacę profesorów, ile odpowiednio urządzone i *wyposażone* kliniki i zakłady z niemi połączone.

Nie mniej zastanowić się należy nad liczbą profesorów. Zależeć ona będzie bezwątpienia od wielkości uniwersytetu, ale w równej mierze też od zakresu, jaki uznamy za potrzebny przy nauce resp. nauczaniu tego tak rozgałęzionego przedmiotu.

Weźmy za podkład do naszych zastanowień urządzenie nauki chirurgii w uniwersytecie w Warszawie; redukcye dla mniejszych uniwersytetów łatwo będzie można uskutecznić.

Żeby oznaczyć liczbę potrzebnych profesorów, musimy się naprzód zastanowić, jakie gałęzie chirurgii uważamy za tak ważne, że przyznajemy im osobnych przedstawicieli.

Niema i nie może być dwóch zdań, że najważniejszą częścią nauki chirurgii jest klinika.

Jak obecnie, ciąży według mego zdania stanowczo za wiele obowiązków na profesorze, prowadzącym klinikę, — przynajmniej w Austryi i Niemczech. Ma on obejmować cały zakres nauczania chirurgii — tak teoryę, jak i praktykę, a profesorowie nadzwyczajni i docenci pomagają mu tylko dorywczo i według własnego upodobania. Już w moim wykładzie wstępnym [1]) przy objęciu katedry chirurgii w Krakowie wykazywałem, jaką doniosłość mają wykłady teoryi chirurgii. Tymczasem w Austryi, a więc dotąd także ani we Lwowie, ani w Krakowie, niema wcale osobnych takich wykładów teoretycznych ani chirurgii ogólnej, ani szczegółowej. Przeciwnie, ogłasza się corocznie: »Klinika chirurgiczna wraz z wykładem patologii i terapii szczegółowej chorób chirurgicznych«. O chirurgii ogólnej wcale niema mowy, a tylko dorywczo czasem który z profesorów nadzwyczajnych lub docentów wykłada niektóre ulubione rozdziały. Dodać należy, że wykłady te nie są obowiązkowe.

[1]) Jaką powinna być nauka chirurgii w naszych czasach? Przegl. lek. 1887. Nr 42 i 43.

Następstwem takiego sposobu nauczania chirurgii jest, że uczniowie zapisują się na klinikę chirurgiczną bez znajomości teoryi, a co za tem idzie, spędzają pierwsze półrocze w klinice bez należytej korzyści. W naturze klinicznego wykładu leży, że przedstawia się chorych, jacy znajdują się w klinice lub przychodzą do ambulatoryum. A choćby profesor najskrupulatniej chciał dobierać i przedstawiać przypadki, omawiając przy tem i część teoretyczną, nigdy nie zdoła dać całości chirurgii, ani też rzeczy przedstawić w należytym porządku.

W Niemczech o tyle sprawa lepiej jest uregulowana, że najczęściej także kliniczny profesor jest obowiązany przez jedno półrocze wykładać teoryę, a uczniowie muszą przed zapisaniem się na klinikę wysłuchać tych wykładów teoretycznych, które w jednem półroczu bywają z chirurgii ogólnej, w drugiem z chirurgii szczegółowej (wybrane rozdziały). Tak więc uczniowie przychodzą z pewnem wyobrażeniem o całym przedmiocie na klinikę.

Według mego zdania powinien osobny profesor wykładać teoretycznie chirurgię ogólną i szczegółową. Mianowicie wykłady z chirurgii ogólnej mogą być nadzwyczaj pouczające, jeżeli są połączone z demonstracyami i eksperymentami, jak to bliżej omówiłem w moim wykładzie wstępnym w Krakowie. Takie wykłady wymagają znacznego nakładu czasu i pracy, ale za to sowicie się opłacają.

W większych uniwersytetach, jak w Warszawie, powinny być przynajmniej dwie kliniki, jeżeli nie trzy, bo tylko wtenczas uczniowie będą z wykładów korzystać, jeżeli liczba zapisanych nie będzie o wiele przekraczać 100—120 słuchaczów. Wszakże uczniowie starszych półroczy mają praktykować, t. j. chorych w czasie wykładu badać, chorobę rozpoznawać i omówić sposób leczenia, czy to operacyjnego, czy nieoperacyjnego; mają śledzić przebieg operacyi. a dalej przebieg leczenia następowego. Jeżeli to wszystko ma się odbywać należycie, to liczba uczniów powinna być ograniczona: im mniejsza, tem więcej będą korzystać.

Z kliniką mniej lub bardziej ściśle połączona bywa poliklinika (ambulatoryum); z niej wybiera sobie profesor kliniczny materyał na wykład kliniczny z przychodnich chorych bardziej pouczających; z niej też dobiera przypadki dla stałej kliniki na sale. Z tego wynika, że klinika i poliklinika powinny pozostawać w ścisłem połączeniu. Nie wynika jednak z tego, żeby profesor kliniczny miał zarazem prowadzić poliklinikę. Przeciwnie, przynajmniej w większych uniwersytetach, powinien być osobny profesor dla polikliniki (w mniejszych wystarczy nareszcie doświadczony pierwszy asystent z odpowiednimi pomocnikami); będzie to z korzyścią dla chorych, ale też i dla nauki. W większych miastach liczba chorych przychodnich wynosi nieraz 4 do 8 tysięcy i więcej. Tak wielkiego materyału obok klinicznej pracy profesor kliniki opanować nie może. Z drugiej strony drobniejsze przypadki codziennych obrażeń stanowią najlepszy i najważniejszy materyał dla ogółu uczniów — przyszłych lekarzy praktykujących; na nich najwięcej się nauczą dla przyszłej swej praktyki; tutaj też najlepiej wyćwiczyć się mogą w wykonywaniu drobniejszych operacyi i w zakładaniu opatrunków, rozumie się po odbyciu odpowiednich ćwiczeń w kursach operacyjnych i opatrunkowych.

Z tych to przyczyn osobny profesor dla polikliniki jest bardzo pożądany, prawie koniecznie potrzebny. Zastrzegam się tylko, że musi być zupełna harmonia i zgoda pomiędzy profesorem kliniki, a profesorem polikliniki. Żeby stosunek obopólny niczem nie został zakłócony, należy go dokładnie określić i profesor kliniki powinien mieć pewien wpływ na wybór profesora polikliniki, jak go ma na mianowanie asystentów. W każdym razie musi być co najmniej zastrzeżone dla profesora kliniki prawo wyboru przypadków z polikliniki dla kliniki czy to przez profesora samego, czy też przez asystentów, do tego wydelegowanych.

Ortopedya wymaga dzisiaj także osobnego profesora, chociaż żaden profesor kliniczny nie zgodzi się na zupełne wykluczenie przypadków ortopedycznych z kliniki chirurgicznej, jak to też uczynił w Wiedniu prof. Albert wobec Lorenza.

Niemniej też jest potrzebny osobny profesor dla kursów operacyjnych i nauczania anatomii chirurgicznej, jak to bywa w uniwersytetach rosyjskich.

W Niemczech i ten dział miał obowiązek prowadzić profesor kliniczny. Pamiętam świetne kursa operacyjne Langenbecka w Berlinie w rannej porze; pamiętam też kursa operacyjne, prowadzone z nadzwyczajnem poświęceniem i zamiłowaniem przez Huetera. Urządzenie to ma trzy wielkie zalety, ale nie jest też bez wielkich wad, — może większych, niż zalety, które są następujące:

1) W ten sposób profesor kliniczny jest niejako zmuszony ciągle sobie przypominać anatomię w najdrobniejszych jej szczegółach, tak bardzo potrzebną dla każdego chirurga, a tak łatwo z pamięci się ulatniającą. Przypominam sobie, jak Mikulicz w rozmowie ze mną w Królewcu, kiedy mu oświadczyłem, że zamyślam zwyczajem pruskim w Krakowie sam prowadzić kurs operacyjny, powiedział: »Ah ja, das ist auch sehr nützlich für den Professor. Ich musste jetzt hier, wo ich vorschriftsmässig gezwungen bin, selbst die Operationskurse abzuhalten, mich ordentlich daran machen, um mir alles wieder ins Gedächtniss zu rufen, was ich in Krakau vergessen, wo die Assistenten nach dortigem Gebrauche die Kurse abhielten.« — Wielka to prawda.

2) W ten sposób też ważna ta część nauczania chirurgii zostaje otoczona powagą profesora klinicznego wobec uczniów i pozostaje w ścisłym związku z kliniką. Uczniowie poznają i ćwiczą przeważnie sposoby operacyjne, stósowane w klinice. Ma to tę wielką zaletę, że podczas operacyi w klinice wykonywanych łatwiej mogą pojąć i śledzić przebieg operacyi, chociaż ją w jej szczegółach nie zawsze — albo raczej tylko w szczęśliwych przypadkach — mogą przy dzisiejszem urządzeniu sal operacyjnych w całym przebiegu widzieć.

3) W ten sposób nareszcie jest wystarczająca pomoc dla prowadzącego kursa. Profesor kliniczny, mając zwykle 6—12 asystentów przy klinice, może bez żadnych trudności większą liczbę asystentów przeznaczyć do pomocy w kursach, tak że każdemu ćwiczącemu uczniowi może dopomagać asystent; profesor chodzi tylko od jednego do drugiego, zapytuje, uzupełnia, daje wskazówki, — jednem słowem nadzoruje wszystkich: i ćwiczących i asystentów.

To są bez wątpienia wielkie zalety takiego urządzenia, gdzie profesor kliniczny sam jest obowiązany prowadzić kursa operacyjne.

Wielką wadą tego urządzenia — bardzo wielką — jest, że tak profesor, jak i personal kliniczny stykać się musi ze zwłokami bezpośrednio, często i przez dłuższy czas. Jest to zupełnie niezgodne z dzisiejszemi pojęciami o aseptyce. Minęły już te czasy, gdzie — jak jeszcze za Bryka w Krakowie, a nawet Billrotha na początku we Wiedniu — kursa operacyjne odbywały się w salach operacyjnych dla chorych, dokąd najczęściej w sobotę przywożono i układano zwłoki na stołach operacyjnych, zamiast chorych. Aż włosy stają na głowie, gdy się teraz o tem pomyśli. A przecież do pewnego stopnia zarzut taki też uczynić można i zatrudnieniu profesora klinicznego i asystentów przy kursach operacyjnych. Używanie rękawiczek gumowych i osobnych ubrań nie może tych zarzutów usunąć.

To też najgorszem urządzeniem jest prowadzenie kursu operacyjnego przez asystenta, jak w Austryi: asystent — zwykle najstarszy — poszuka sobie tylko z trudnością jednego stałego pomocnika. Wobec tego, że na zwłokach wykonywa się naraz kilka operacyi, trudno, żeby jeden kontrolował wszystkich ćwiczących i dawał im wskazówki. Przy tym sposobie najważniejszy asystent, a czasem dwóch, styka się z materyałem zakaźnym. Cała nauka odbywa się często tylko celem zdania rygorozum. Niema zalet poprzedniego sposobu prowadzenia kursu operacyjnego, a są wszystkie jego wady, i to jeszcze z dodatkami.

To też sądzę, że jedynie zaleca się sposób prowadzenia kursów operacyjnych przez osobnego profesora, któryby zarazem miał obowiązek wykładania anatomii chirurgicznej. Profesor taki będzie miał dostateczną pomoc w swoich asystentach, posiada dostateczną powagę i ma czas dostateczny na gruntowne i wyczerpujące prowadzenie tych kursów. Z łatwością też może być w należytej styczności z kliniką.

Z drugiej strony może profesor kliniczny znaleść dość sposobności przypomnienia sobie dokładniejszych stosunków w anatomii, odbywając od czasu do czasu w odpowiednich wolnych chwilach (wakacye), a zawsze przez krótki czas, ćwiczenia ze swoimi asystentami. Profesor kliniczny nie powinien też zaniedbywać ćwiczeń na zwierzętach z asystentami, co jest najbardziej dla nich pouczającem.

Do tego jest zresztą sposobność przy naukowych pracach doświadczalnych na żywych zwierzętach.

Z tego wszystkiego wynika, że profesor kliniczny ma aż nadto wiele zajęć, — nie trzeba go obciążać niekoniecznie potrzebnemi.

Zbierając to, co powiedziałem, sądzę, że potrzeba co do liczby profesorów:

1) profesora klinicznego — w większych uniwersytetach 2 do 3,

2) profesora do prowadzenia polikliniki (ambulatoryum),

3) profesora ortopedyi, przynajmniej w większych uniwersytetach,

4) profesora do wykładania teoryi,

5) profesora do prowadzenia kursów operacyjnych i wykładania anatomii chirurgicznej.

Może mnie zarzut spotkać, że za wielu wymagam profesorów i za kosztowny to skład.

Ostatni zarzut usunąć można tem, że mogą być profesorowie bez pensyi, jak ich wielką liczbę mamy w innych państwach. Tylko niechętnie na to godziłbym się, bo nie należy nikogo wyzyskiwać i każda praca powinna być wynagrodzona.

Zresztą ten tylko może się oddać swej pracy zawodowej zupełnie i bez przeszkód, kto nie ma trosk o utrzymanie, o chleb powszedni. Jako świetny przykład — jak pod wielu innymi względami — służy mi tu mój nieodżałowanej pamięci i wielce ukochany mistrz Hueter, który, mając z katedry aż nadto wystarczające dochody, rozporządzał nadto dostatecznym majątkiem prywatnym, tak że wcale nie wykonywał praktyki prywatnej i wcale nie miał wyznaczonej godziny ordynacyjnej. Dlatego starczyło mu czasu przy nadzwyczajnych jego zdolnościach i wielkiej pilności do napisania całych tomów dzieł i rozlicznych prac naukowych mimo, że tak wcześnie umarł.

Niech mi będzie wolno przy tej sposobności wypowiedzieć swoje zdanie o wykonywaniu praktyki prywatnej przez profesorów chirurgii; w zakres innych nie wchodzę.

Według mego zdania profesor chirurgii nie powinien się ubiegać o praktykę, a wykonywać tylko praktykę konsyliarną, żeby mu jak najwięcej czasu pozostało do prac naukowych i nauczania. Słuszna jest uwaga, że przecież licznej rzeszy chorych prywatnych nie można zostawić bez pomocy przypuszczalnie najlepszej. Ale wykonywanie tej pomocy trzeba tak urządzić, żeby wymagała jak najmniej czasu, a więc ograniczyć ją tylko do praktyki konsyliarnej Kilkogodzinne ordynacye, męczące, denerwujące i zabijające energię i zdolność do innej pracy, wykreślić należy, a pozostawić tylko 2—3 razowe ordynacye tygodniowe dla chorych przyjezdnych. Chorzy miejscowi powinni mieć swego ordynaryusza, który wzywa tylko, gdzie uważa za potrzebne — a więc w trudniejszych przypadkach — profesora na konsylium. Odpadnie przez to dużo niepotrzebnego zabierania czasu profesorowi przez drobnostki; odpadnie też — co uważam za rzecz nie mniej uzasadnioną — narzekanie na »utytułowaną konkurencyę«; a co najważniejsza, odpadłaby też chęć starania się o te tytuły (docenta, profesora) tylko w celach uzyskania lepszej i intratniejszej praktyki prywatnej. Smutno, ale przecież trzeba powiedzieć, że to się czasem zdarza... Inaczej nie możnaby sobie wytłómaczyć tego zjawiska, że niektórzy młodzi t. zw. uczeni piszą prace naukowe — nawet eksperymentalne, ale przestają już ogłaszać takie prace, jak zostaną docentami lub profesorami.

Chyba jestem znany z tego, że zawsze popierałem chętnie młodych, pragnących zostać docentami w chęci służenia nauce, bo im więcej takich, mających obowiązek pracy naukowej, — chociaż ta praca w rzeczywistości nie jest przywiązana do żadnego tytułu, jak tego mamy świetne dowody w Warszawie i Poznaniu i u nas —, tem lepiej na tem wychodzi nasza nauka. Takim kandydatom ułatwiać przystęp do świątyni nauki; — przed karyerowiczami, szukającymi marnych zysków, drzwi zatrzasnąć!

Jedno tylko słowo o doborze profesorów. Już powiedziałem, że najlepszy, to właśnie dość dobry dla nas. Na jedno chciałbym jednak położyć nacisk mimo odrazy do szowinizmu, że powinniśmy na to zwracać uwagę, czy kandydat ogłaszał swoje prace po polsku, bo ostatecznie kto tyle nawet nie poczuwał się do obowiązku wobec nauki polskiej, ten nie zasługuje na zaszczyt być jej przedstawicielem.

Krótko mogę się — a raczej muszę się załatwić z omówieniem potrzebnych zakładów, bo bez rysunków i bez znajomości warunków miejscowych trudno w szczegóły się zapuszczać.

Musi być klinika (ew. 2 lub 3) urządzona według najnowszych wymagań z salą operacyjną aseptyczną i septyczną i pobocznemi ubikacyami, z pokojami opatrunkowymi, z gabinetem rentgenowskim, ortopedyą, z pracownią do doświadczeń na zwierzętach i do badań mikroskopowych i chemicznych.

Bezpośrednio z gmachem klinicznym powinien być połączony gmach dla polikliniki, odpowiednio urządzony. Gabinet Röntgena i ortopedya służyłyby obydwom zakładom.

Dla kursów operacyjnych i wykładu anatomii chirurgicznej powinny być osobne ubikacye w gmachu anatomii patologicznej.

Wykłady teoretyczne mogłyby się odbywać w głównej sali wykładowej kliniki. W tym celu sala ta powinna mieć aparat projekcyjny. Dla profesora wykładów teoryi powinny być osobne ubikacye w klinice i w pracowni.

Jak ważną jest dobrze urządzona pracownia przy klinice chirurgicznej, każdy z nas wie, gdyż właśnie wielkie swoje postępy w ostatnich czasach w wysokiej mierze zawdzięcza chirurgia doświadczeniom na żywych zwierzętach tak samo, jak inne gałęzie medycyny.

Ortopedya wymaga w dzisiejszych czasach osobno urządzonego i w pracownie techniczne wyposażonego zakładu.

Na tem kończę, zostawiając szczegóły do późniejszego omówienia i dyskusyi.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).

Odczyny serologiczne przy raku

podał

Doc. Dr. J Zubrzycki.

Równie zajmującą, jak i niejasną jeszcze po dziś dzień sprawą powstawania nowotworów złośliwych, do których w pierwszym rzędzie zaliczyć musimy raka, zajęły się w ostatnich latach różne działy teoretycznej medycyny. Tak badania histologiczne i anatomo-patologiczne, jak niemniej

prace bakteryologiczne, serologiczne i biochemiczne, przeprowadzone w tym kierunku, przyczyniły się do nagromadzenia bardzo znacznego zasobu spostrzeżeń, które, jakkolwiek nie rozstrzygnęły ostatecznie etyologii nowotworów, ułatwiły jednak przynajmniej częściowe zrozumienie istoty raka w biologii komórki rakowej. Nie ulega już dzisiaj żadnej prawie wątpliwości, że rozrost komórek rakowych, a w związku z tem i morfologiczny charakter tkanki nowotworowej różni się wybitnie od rozrostu i morfologicznej budowy komórek tkanki prawidłowej. Bujające w obrębie ustroju komórki rakowe wywierają pewien patologiczny wpływ, zasadniczo odmienny od wpływu komórek fizyologicznych, tak na bezpośrednie swoje otoczenie, jak i na cały ustrój w ogóle. Przez te swoje niefizyologiczne własności i niefizyologiczne oddziaływanie stają się komórki rakowe dla ustroju czemś obcem i szkodliwem, czego jaskrawym przykładem jest charłactwo nowotworowe. Wpływ komórki rakowej na ustrój odbija się również w niemałym stopniu na składzie i własnościach surowicy krwi. I te to zmienione własności surowicy, a za tem i odmienne jej oddziaływanie na pewne czynniki, chciano zużytkować w celu wypracowania metody rozpoznawania raka.

Liczne badania, przeprowadzone w tym kierunku, podzielić możemy zasadniczo na dwie wielkie grupy. Pierwsza z nich obejmuje doświadczenia, dążące do wytworzenia w ustroju zwierzęcym swoistych niweczników dla tkanki rakowej, przez wstrzykiwanie zwierzęciu bądź to wyciągów z tej tkanki, bądź to płynów śródtkankowych, pochodzących z osób cierpiących na raka. Do drugiej zaś zaliczamy badania, mające na celu wyszukanie swoistych ciał, czy też własności, w surowicy krwi osób chorych na raka. W pierwszej zatem grupie pomieścić należy doświadczenia Engla i Pribrama, którzy uodparniali króliki unieczynnioną surowicą krwi osób rakowatych; dalej doświadczenia Mertensa, który zamiast surowicy używał do tego samego celu płynu przesiękowego z jamy brzusznej osób chorych na raka; wreszcie doświadczenia Maragliano, Serafiniego i Dieza, którzy uodparniali króliki wyciągami z tkanki rakowej. Wspomniani badacze starali się uzyskać z tych, w ten sposób przygotowanych zwierząt surowice, posiadające własności precypitowania surowic osób rakowych. Doświadczenia te jednak zawiodły, a prace Ranziego, zajmujące się tym przedmiotem i poparte licznemi doświadczeniami, przeprowadzonemi tak przy pomocy metody precypitacyjnej, jak też i metody odchylenia komplementu, przekonały ostatecznie, że niweczniki, powstające w ustroju zwierzęcia po jego uodpornieniu tak wyciągami z tkanki rakowej, jak i płynami śródtkankowymi osób chorych na raka, nie posiadają cech swoistych dla raka.

Odczyny, zaliczane do drugiej grupy, dały wyniki nieco wydatniejsze i w historyi metod dyagnostycznych nowotworów złośliwych niepoślednie zajmują miejsce. Dążą one do wykazania różnic w zachowaniu się surowicy krwi osób rakowych i osób zdrowych, względnie dotkniętych innem jakiemś cierpieniem. W tym celu poddano badaniu różne z kolei własności surowicy ludzkiej.

I tak w kierunku własności precypitacyjnych badał surowice krwi osób cierpiących na raka Kelling. Wychodził on z założenia teoryi embryonalnej powstawania nowotworów i przypuszczał równocześnie, że w powstawaniu nowotworów, a szczególnie w powstawaniu nowotworów przewodu pokarmowego, odgrywają bardzo wielką rolę komórki zarodkowe (embryonalne) obcego gatunku zwierząt, które do ustroju przypadkiem się dostają. Opierając się na tem, twierdził Kelling, że surowica krwi osób, cierpiących na raka, strąca w przeciwieństwie do surowicy prawidłowej wyciągi, sporządzone tak z tkanki rakowej, jakoteż i z zarodków różnego rodzaju zwierząt. Procent wyników dodatnich oblicza sam Kelling zaledwo na 30%. Kontrolne jednak badania późniejszych autorów odmawiają metodzie precypitacyjnej, podanej przez Kellinga, wszelkiego znaczenia praktycznego. Przed kilku laty poruszyli Freund i Kaminer na nowo ten sam temat. A mianowicie autorowie ci twierdzili, że w surowicy krwi osób chorych na raka znajdują się ciała, które dają wyraźne zmętnienie z odpowiednio sporządzonymi wyciągami z tkanki rakowej. Na tej podstawie oparli Freund i Kaminer odczyn, t. zw. odczyn zmętniający, który, dając bardzo niepewne i zmienne wyniki, od samego początku nie miał wielkiego powodzenia.

Z kolei rzeczy wspomnę pokrótce o tak zwanych odczynach hemolitycznych, które starano się między innemi spożytkować do celów rozpoznawczych przy raku. Surowica krwi, jak to powszechnie wiadomo, posiada własności rozpuszczania krwinek czerwonych, pochodzących ze zwierząt tego samego, jakoteż innego gatunku. Własności te zależą od obecności tak zwanych izohemolizyn i heterohemolizyn, znajdujących się w surowicy ludzkiej już nawet w fizyologicznych warunkach w mniejszej lub większej ilości. Biorąc przypadkiem przez siebie zaobserwowany fakt hemolizy ludzkich ciałek czerwonych przez surowicę chorych na raka, za podstawę dalszych badań starał się Crila wypracować odczyn dyagnostyczny dla raka, polegający na izohemolitycznych własnościach surowicy. Podaje on, że w 82% przypadków otrzymał przy raku odczyn dodatni. Późniejsze badania Richartza, Jenewaya, Alessandrisa, Agarriego i innych zredukowały ten procent do 40% i wykazały równocześnie, że i surowice osób, cierpiących między innemi na gruźlicę, na niedokrwistość, zimnicę, co więcej, surowice osób zupełnie zdrowych posiadają bardzo często własności izohemolityczne, w wysokim stopniu rozwinięte.

Sama technika tego odczynu, bardzo prosta, przedstawia się, jak następuje: Z odpowiednio oczyszczonych przez kilkakrotne centryfugowanie ludzkich czerwonych krwinek sporządza się 5% zawiesinę, którą po zadaniu odpowiednią ilością badanej surowicy wstawia się na pewien czas do cieplarki o ciepłocie 37° C., poczem dopiero wynik się odczytuje. Tam, gdzie nastąpiła hemoliza, będzie płyn w próbówce zabarwiony jednostajnie jasnoczerwono, gdzie zaś hemoliza nie nastąpiła, to znaczy, gdzie wynik doświadczenia jest ujemny, znajdować się będzie ponad spoczywającą na dnie warstwą krwinek płyn zupełnie czysty, lub co najwyżej lekko opalizujący.

Jednym z pierwszych, który na wielką skalę rozpoczął doświadczenia heterohemolityczne z surowicami krwi osób chorych na raka, był Kelling. Używał on do tych doświadczeń zawiesiny przemytych krwinek kury. Wyniki i metodykę swoich badań ogłaszał Kelling wielokrotnie w licznych pracach, obliczając dodatni wynik odczynu przy raku na 80%. Prace późniejsze jednak, a w pierwszym rzędzie praca Brüggemanna, stwierdziły, że odczyn heterohemolityczny zaledwo w 51·2% przypadków nowotworów złośliwych daje wynik dodatni, występując równocześnie w 14% przy innych schorzeniach ustroju. Technika odczynu, zupełnie analogiczna z techniką odczynu izohemolitycznego, różni się tylko od niego rodzajem użytych do doświadczenia krwinek czerwonych.

Z hemolitycznych odczynów zasługuje jeszcze na omówienie odczyn z jadem kobry.

Jad kobry (Naja tripudians), węża z rodziny Colubrinae (podrząd Proteoglypha) rozpuszcza w obecności ciał takich, jak między innemi ciała natury tłuszczowatej (lecytyna), ciałka czerwone krwi. Podobnie działają na jad kobry niektóre rodzaje surowic ludzkich.

Pierwszym, który na to zwrócił uwagę, był Calmette. On to znalazł, że surowica krwi osób gruźliczych zdoła aktywować własności hemolizujące jadu kobry. Dalsze prace, przedsięwzięte w tym kierunku przez szereg badaczy, głównie ze szkoły wiedeńskiej, przekonały, że i surowice osób dotkniętych rakiem wpływają w takiż sam sposób na jad kobry. Wypracowano nawet technikę odczynu, nieco odmienną od Calmettowskiej, zapomocą której osiągnięto dodatni wynik odczynu w 81% przypadków nowotworów złośliwych.

Pomimo to jednak odczyn z jadem kobry prakty-

cznego zastosowania nie znalazł, gdyż wyniki dodatnie otrzymano nietylko przy raku, lecz także w 10% innych cierpień. Do doświadczenia z jadem kobry potrzeba: 10% zawiesiny przemytych krwinek końskich i rozczynu jadu kobry (w rozcieńczeniu 1:5000). Badaną surowicę w ilościach wstępujących od 0·1 cm sz. do 0·5 cm sz., wraz z 0·15 cm sz. rozczynu jadu kobry i z 5 kroplami zawiesiny krwinek, wstawia się do cieplarki o ciepłocie 37° C., a wyniki doświadczenia odczytuje kilkakrotnie po 15, 30, 60, 120 i 180 minutach.

Również starano się w celu rozpoznawania nowotworów złośliwych zużytkować technikę, stosowaną przy odczynie Wassermanna, przypuszczając, że w ustroju osób, cierpiących na raka, muszą powstawać amboceptory swoiste, nastawione na komórki rakowe, względnie na otrzymane z nich wyciągi. Jako antygenu używano wodnych, alkoholowych, antyforminowych i acetonowych wyciągów z tkanki rakowej. Najlepsze wyniki otrzymali przy pomocy tych metod Leschke (93% wyników dodatnich przy raku, 10% wyników dodatnich przy innych schorzeniach) i Dungern z antygenem acetonowym (93% wyników dodatnich przy raku, a 0% z surowicą innych chorych). Badania jednak późniejsze Rosenberga, Isabolinskiego, Edzarda, Petridisa, zredukowały procent dodatnich wyników przy raku na 81·2%, a podniosły przy innych cierpieniach na 50·7%, co, rzecz jasna, obniża wartość rozpoznawczą powyższej metody. Opis techniki tutaj pomijam, gdyż zasada jej jest powszechnie znana. Rozmaite modyfikacye tego odczynu, różniące się między sobą tylko nieznacznie, są opisane szczegółowo w licznych pracach Dungerna.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala epidemicznego kolumn sanitarnych K. B. K. w Tarnogrodzie.

Z serodyagnostyki duru plamistego

podali

Dr Kazimierz Dadej i Dr Marya Krahelska.

Odczyn Weil-Felixa polega na zlepianiu przez surowicę ludzi, chorych na dur plamisty, tak zwanych prątków Weila lub iksów (X). Jak wiadomo, wyosobnili Weil i Felix w 1915 roku z pomiędzy licznych bakteryi, wyhodowanych z moczu człowieka, chorobą tą dotkniętego, prątki, wrażliwe na działanie zlepiające surowicy duru plamistego. Przeszczepianie i hodowla okazały, że bakterye te, nazwane przez swoich odkrywców iksami (X), dają się łatwo hodować i w biegu hodowli nie tracą zdolności aglutynowania się z tą surowicą. W całym szeregu dalszych prób, prowadzonych naprzód głównie przez Weila i Felixa, potem przez licznych innych badaczy, jak Dienes, Gergely, Rothy, — iksy wyosobnione zostały jeszcze przeszło czterdzieści razy, przeważnie z moczu, w paru przypadkach ze krwi i z kału chorych na dur plamisty. Już w toku tych pierwszych badań stwierdzono, że badane prątki nie wywołują choroby, tylko zdają się jej stale lub niemal stale towarzyszyć. Zlepianie ich przez surowicę duru plamistego nie będzie zatem aglutynacyą we właściwem tego słowa znaczeniu, ale paraglutynacyą. Ze względu na przypuszczalną dużą doniosłość tego odczynu dla rozpoznawania choroby, zajęto się w ciągu roku ubiegłego gorliwie badaniem jego przebiegu.

Co się tyczy przedewszystkiem samych iksów, najdokładniejsze dane o nich zawdzięczamy ich odkrywcom. Jestto, jak się zdaje, gatunek z grupy odmieńca (proteus). Pod mikroskopem przedstawiają się iksy jako dość subtelne, długie, niezbyt ruchliwe prątki. Rosną łatwo i obficie na zwykłym agarze, tworzą kolonie, barwiące się błękitno na pożywce Drigalskiego i dość późno i słabo czerwieniejące na pożywce Endo. W barwieniu są gramoujemne.

Od morfologicznie zbliżonych bakteryi chorobotwórczych odróżnia je: od prątków duru brzusznego zdolność rozpuszczania żelatyny i rozkładania cukru gronowego, — od bakteryi obu paratyfusów i dysenteryi rozpuszczanie żelatyny i zakiszanie cukru mlecznego. Swoistą i najdonioślejszą ich cechę stanowi zdolność aglutynowania się z surowicą duru plamistego. Ta cecha występuje u różnych szczepów iksów, kolejno przez Weila i Felixa otrzymywanych, w niejednakowem natężeniu. Szczepy, wcześniej otrzymane, z których najwięcej używane były dwa szczepy, przez Weila-Felixa, jako X^1 i X^2 oznaczone, ulegają zlepianiu w mniejszym stopniu, niż ostatnio otrzymany, dla wysokiej swojej wrażliwości na działanie zlepiające surowicy duru plamistego najwięcej w praktyce ceniony szczep X^{19}.

Sposób i stopień aglutynowania się iksów z surowicą duru plamistego, pomimo licznych w tym kierunku badań, bynajmniej jeszcze nie są wyczerpująco poznane. Wyniki odnośnych badań, w wielu punktach zupełnie ze sobą niezgodne, przeważnie nie dają się jeszcze ustalić. Stąd. uważając wszelkie przyczynki do poznania odczynu Weila za wciąż jeszcze przydatne, pozwalamy sobie podać tu kilka dotyczących spostrzeżeń, zebranych przez nas w ciągu ubiegłej zimy. Materyał nasz pochodzi ze szpitala epidemicznego w Tarnogrodzie, w znacznej części dostarczyła go zeszłoroczna epidemia duru plamistego wśród ludności żydowskiej Biłgoraju. Obejmuje on 400 odczynów, a 78 chorych. Ponieważ chodziło nam przeważnie o zaobserwowanie zmian, jakim ulega natężenie odczynu w przebiegu choroby, powtarzaliśmy odczyn poszczególnych chorych 3—4, w niektórych wypadkach do 12 razy w ciągu choroby. Z wyjątkiem dwóch przypadków, gdzie użyty był wyłącznie szczep X^2, i kilku, w których odczyn robiono równolegle dla X^2, X^{19}, lub dla X^1, X^2 i X^{19}, używaliśmy wyłącznie najczulszego szczepu X^{19}.

Szczepy, otrzymane z miejskiej pracowni bakteryologicznej w Krakowie, hodowaliśmy dalej na agarach skośnych. Do aglutynacyi używano hodowli 24—38 godzinnych, aglutynacye stale makroskopowe, rurki wstawiano do cieplarki na czas 4—6 godzin.

Z siedemdziesięciu badanych chorych, podejrzanych co do duru plamistego, odczyn nie występował zupełnie w siedmiu przypadkach. W pięciu z tych przypadków dalszy przebieg choroby wykazał, że istotnie nie był to dur plamisty, w dwóch przy stwierdzonym klinicznie durze plamistym odczyn Weila był stale ujemny. Odczyn Weila dał zatem wynik ujemny tylko w 2,85% badanych przez nas przypadków. Odpowiadałoby to dość ściśle temu, co odnośnie do powszechności występowania odczynu inni badacze podają. Cančik otrzymywał wyniki ujemne w 5,92%, Fuchs w 3,6% badanych przypadków. Felix i Weil podają dla X^2 około 0,5%, dla X^{19} 0% wyników ujemnych, toż samo dla X^{19} Starkenstein. Falkówna i Silbenrock, nie wymieniając liczby badanych chorych, ani wykonywanych odczynów, wspominają, że odczyn Weila zawiódł w jednym tylko przypadku.

Obok niemal stałego występowania w przypadkach duru plamistego, drugą doniosłą praktyczną zaletę odczynu Weila ma stanowić jego ścisła swoistość. Ponieważ szpital nasz w ciągu miesięcy zimowych, z których spostrzeżenia te się datują, przyjmował wyłącznie niemal chorych na dur plamisty, rozporządzamy małą tylko bardzo liczbą spostrzeżeń kontrolnych. Robione one były z użyciem dwu surowic płonicy, jednej zapalenia płuc, jednej zimnicy, oraz dziewięciu duru brzusznego. Płonica dała w obu przypadkach wyniki zupełnie ujemne, przy zimnicy i zapaleniu płuc występował bardzo słaby ślad odczynu do rozcieńczeń $^1/_{60}$. Surowica chorych na dur brzuszny nie działała zupełnie

brana w pierwszych dniach choroby, w dniach dalszych wywoływała słaby ślad odczynu do rozcieńczenia $^1/_{50}$.

O ile zatem przy odczytywaniu wyników odczynu Weila za wynik dodatni uważać będziemy zupełne zlepienie w rozcieńczeniach od $^1/_{50}$ zacząwszy wzwyż, powiedzieć możemy, że żadna z naszych kilkunastu surowic kontrolnych nie dawała wyników dodatnich. Odpowiada to zupełnie danym z literatury, zgodnie uznającym dodatni przy $^1/_{50}$ odczyn Weila za wyłącznie charakterystyczny dla surowicy duru plamistego. Fuchs w pracy, stanowiącej punkt wyjścia do zeszłorocznej polemiki jego z Felixem, podnosi wrażliwość Weilowskich szczepów X^1 i X^2 na działanie innych surowic, przyznaje jednak równocześnie, iż zastrzeżenia, robione na tej podstawie co do rozpoznawczej wartości odczynu Weila, cofa, o ile używany jest szczep X^{19}, aglutynujący się wyłącznie z surowicą duru plamistego. Wysoka wartość praktyczna, jaką wskutek omawianych cech odczyn Weila powinienby posiadać przy rozpoznaniu choroby, zostaje zmodyfikowana cokolwiek przez to, iż, jak większość zlepień, odczyn występuje późno. Co do czasu jego występowania dane z dotychczasowej literatury przedmiotu są dość sprzeczne. Wymienimy tu te tylko, które dotyczą odczynów, robionych z użyciem szczepu X^{19}. Felix podaje w pierwszej o tym szczepie publikacyi, że z szesnastu używanych surowic duru plamistego, dwie zlepiały X^{19} (bez określenia początkowych rozcieńczeń) już w drugim dniu choroby, dwie w trzecim, osiem w czwartym, trzy w szóstym, jedna w siódmym dniu. Zatem w 75% badanych przez niego przypadków odczyn Weila dawał wynik wyraźnie dodatni do czwartego, w 25% — po czwartym dniu choroby.

Cančik, nie określając dnia choroby, powiada tylko, że odczyn występuje bardzo późno, toż samo zaznaczają Fuchs, oraz Falk i Siebenrock. Ci dwaj badacze wspominają, że odczyn Weila, zwłaszcza przy ciężkim przebiegu choroby, występuje późno, nieraz dopiero po 12. dniu. W wydanej przez c. k. Komendę naczelną treściwej broszurze »Das Fleckfieber u. seine Prophylaxe«, w której odczyn Weila dość obszernie uwzględniono, podano, że odczyn wystepuje zwykle między 5. a 8. dniem choroby. Z krzywych, w których Starkenstein spostrzeżenia swoje skupia, wnosić możemy, że odczyn dodatni przy $^1/_{50}$ występował w jego materyale dopiero w ósmym i po ósmym dniu choroby.

Jeżeli przejdziemy do naszego materyału, to odczyn dodatni w rozcieńczeniu $^1/_{50}$ ukazywał się w 25% przypadków pomiędzy 4. i 8. dniem, w 50% między 8. i 13., w 25% po trzynastym dniu choroby.

Znaczenie rozpoznawcze odczynu Weila obniżałoby, zdaniem naszem, przedewszystkiem istnienie takich przypadków — wynoszących, jak widzimy, czwartą część naszego materyału — w których odczyn zaznaczać się zaczyna dopiero po spadku gorączki.

Wysokość miana w spostrzeganych przez nas przypadkach pozostawała dużo poza wartościami, jakie dla niej podawali Weil i Felix, a nawet Starkenstein. Jeżeli z siedemdziesięciu badanych przypadków uwzględnimy tylko tych sześćdziesiąt sześć, w których odczyny były powtarzane najmniej cztery razy w ciągu choroby, i zgrupujemy je w klasy według najwyższych osiąganych dla nich wysokości miana, otrzymamy nastepujące uszeregowanie:

Rozcieńczenie:	0—$^1/_{25}$	$^1/_{25}$—$^1/_{50}$	$^1/_{50}$—$^1/_{100}$	$^1/_{100}$—$^1/_{200}$	$^1/_{200}$—$^1/_{300}$	$^1/_{300}$—$^1/_{400}$	$^1/_{400}$—$^1/_{500}$	$^1/_{500}$—$^1/_{600}$	$^1/_{600}$—$^1/_{700}$	$^1/_{700}$—$^1/_{800}$	$^1/_{800}$—$^1/_{900}$	$^1/_{900}$—$^1/_{1000}$ i wyżej
Ilość przypadków	1	3	4	10	11	15	8	6	2	2	1	2
Zliczenie	1	4	8	18	29	44	52	58	60	62	63	65

Z 66 surowic badanych 52, czyli 78,7%, nie działało na X^{19} w rozcieńczeniach wyższych ponad $^1/_{500}$. Rozcieńczenia wyższe od $^1/_{1000}$ (do $^1/_{3200}$) zlepiały X^{19} wyraźnie tylko u dwóch chorych, zatem w 3,03% przypadków.

Średnia najwyższa wartość miana wynosi $^1/_{356}$, przyczem rozmieszczenie przypadków odchylających się od tej średniej w jedną lub drugą stronę — ku wyższym, lub niższym wartościom — jest naogół bardzo prawidłowe i średnia tego odchylenia dla każdego z poszczególnych przypadków wynosiłaby zaledwie $^1/_{18}$ — oczywiście ze znakiem $\pm$.

Jeżeli odnośne dane z literatury spróbujemy zestawić, napotykamy między niemi znowu wybitną niezgodność. Według Weila i Felixa wysokość miana dosięga przy użyciu szczepu X^{19} rozcieńczeń $^1/_{50\cdot000}$. W badaniach Fuchsa wynosiła ona najwyżej $^1/_{7000}$, obracając się przeważnie w sferze znacznie niższych wartości, Starkenstein otrzymywał wyraźnie odczyny do rozcieńczeń $^1/_{10\cdot000}$. Wspomniana wyżej zbiorowa broszura o durze plamistym podaje, iż wysokość miana odczynu Weila może, wznosząc się w biegu choroby, dosięgać wartości $^1/_{200}$, w niektórych przypadkach jednak wznosząc się znacznie wyżej, do $^1/_{6000}$.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z Miejskiej Pracowni bakteryologicznej w Łodzi.

O metodzie eterowej Bierasta hodowania prątka durowego z kału

Podała

Kazimiera Sterlinżanka.

W roku 1914 ukazał się w Centr. f. Bakteriologie (Abt. I. Origin. Bd. 74) artykuł Bierasta o nowej metodzie, ułatwiającej hodowanie prątków durowych z kału, a polegającej na poddawaniu kału działaniu eteru naftowego (o punkcie wrzenia 40°). Według Bierasta eter naftowy po 12–16 godzinnem działaniu na mieszaninę bakteryi, złożoną z prątków durowych lub paratyfusowych i prątków okrężnicy — zabija tylko prątki okrężnicy, nie szkodząc wzrostowi prątków tyfusowych; Bierast zaznacza, że wśród prątków okrężnicy znajdują się szczepy, nierównomiernie zachowujące się względem bakteryobójczego działania eteru. Zdaniem Bierasta otoczka prątka okrężnicy — w przeciwieństwie do otoczki prątka durowego — zawiera pewne ciała, które zostają zniszczone przez działanie eteru naftowego. Doświadczenia swe rozpoczął Bierast od działania eterem naftowym na mieszaninę zawiesiny prątków tyfusowych i prątków okrężnicy, przyczem, podobnie jak Hall i Jaffe, otrzymał bardzo dobre wyniki, t. j. prątek okrężnicy był zabity lub zahamowany we wzroście, natomiast prątek tyfusowy rósł bez przeszkód. Bierast zbadał ogółem 23 kałów, z czego w 2 przypadkach, w których metody zwykłe zawiodły, wykrył prątki tyfusowe przy pomocy metody eterowej.

Technika, podana przez Bierasta, jest następująca: Kilka łyżeczek (znajdujących się w naczyniach do zbierania kału) kału rozetrzeć bagietką w słoiku, zawierającym 30—50 cm^3 zwykłego bulionu, następnie dodać 4—5 cm^3 eteru naftowego, szczelnie zamknąć dopasowanym korkiem (korek i szyjkę naczynia okryć watą, zwilżoną rozczynem sublimatu) i silnie wstrząsać przez 2—3 minut; po 15 minutach powtórzyć wstrząsanie i pozostawić w ciepłocie pokojowej przez 12—15 godzin. Po upływie tego czasu z trzech warstw, tworzących się w słoiku, wziąć jałową pipetką kroplę z warstwy najgłębszej lub środkowej i rozetrzeć na płytce Endo lub Drigalskiego.

Schmitz zbadał 10 kałów, z czego wyniki były dodatnie co do prątka tyfusowego 2 razy — obydwa przy pomocy metody eterowej. Na podstawie tego materyału zaleca Schmitz stosowanie metody Bierasta, choć zupełnego zahamowania wzrostu prątka okrężnicy nie znajduje.

Modyfikacya Halla polega na skróceniu czasu stania kału w ciepłocie pokojowej, wstrząsaniu go natomiast przez $^1/_2$ godziny na trzęsawce, (przyczem według Halla nietylko lasecznik okrężnicy, ale i odmieniec zostaje zabity lub we wzroście zahamowany). Na 69 zbadanych kałów, z 21 wyhodował Hall prątki durowe, z czego jednocześnie sposobem zwykłym i metodą eterową w 13 przypadkach, tylko metodą eterową w 7 przypadkach, a tylko metodą zwykłą w 1 przypadku. Jaffe poleca stosowanie metody Bierasta przy badaniu kału roznosicieli zarazków, u których 16-godzinne opóźnienie badania nie odgrywa roli. Zbadał on 14 kałów, z których na 9 dodatnich, 4 razy wykrył prątki tyfusowe tylko przy pomocy metody Bierasta. Schuscha potwierdza wyniki Bierasta i zaleca stosować jego metodę, uwzględniając modyfikacyę Halla ($^1/_2$-godzinne wstrząsanie na trzęsawce).

Knorre przeciwstawia metodzie Bierasta, mającej na celu tylko zmniejszanie ilości prątków okrężnicy, swoją własną metodę z zielenią malachitową, dopomagającą do zwiększenia się ilości prątków tyfusowych przy zupełnem hamowaniu wzrostu prątka okrężnicy. — Müller porównuje metodę Bierasta z metodą hodowania prątków tyfusowych w żółci i twierdzi, że metoda hodowania w żółci daje o wiele lepsze wyniki, niż metoda eterowa. — Kuhn twierdzi, że przy obecnych trudnościach w otrzymaniu chemicznie czystego eteru naftowego metoda Bierasta nie może być z powodzeniem stosowana i o wiele wyżej stawia swą metodę (»Bolusverfahren«), jako dającą o wiele lepsze wyniki przy hodowaniu prątka durowego z kału.

Przechodząc do wyników badań własnych, z góry musimy zaznaczyć, iż nie mogliśmy potwierdzić zalet metody eterowej, o których mówi Bierast i jego zwolennicy. Wyniki badań wykazuje zestawienie następujące:

Wszystkich kałów zbadano	86	
W tem wyhodowano prątki tyfusowe	18	razy
Wyhodowano prątki tyfusowe obiema metodami	7	»
» » » tylko sposobem zwykł.	8	»
» » » » metodą eterową	3	»

Jasną więc jest rzeczą z tych cyfr, że w naszej seryi badań żadnej wyższości metody eterowej nad sposobami zwykłymi stwierdzić nie można. Technikę stosowaliśmy taką, jaką zaleca Bierast, z uwzględnieniem modyfikacyi Halla, tj. poddawaliśmy kał $^1/_2$-godzinnemu wstrząsaniu na trzęsawce elektrycznej. Gdyśmy się jednak przekonali, że wysiewając wstrząsany kał po $1^1/_2$-godzinnem pozostawieniu go w ciepłocie pokojowej (jak zaleca Hall), otrzymujemy bogaty wzrost prątka okrężnicy na płytkach Endo, zaczęliśmy pozostawiać słoiczki z kałem i eterem przez 16—18 godzin w ciepłocie pokojowej, poczem wysiewaliśmy na płytki. Jednakże i po tym czasie prątek okrężnicy rośnie bardzo obficie. Być może, że zjawisko to zależy od niezupełnie czystego chemicznie eteru naftowego, który niema zapewne własności zabójczych dla prątka okrężnicy, stanowiących o zaletach metody Bierasta; na konieczność zaś stosowania zupełnie czystego eteru zwracają uwagę niektórzy autorzy. W dzisiejszych jednak warunkach zadośćuczynić temu wymaganiu nie sposób.

Opierając się na doświadczeniach własnych, potwierdzonych przez sądy Knorra, Müllera i Kuhna o tej metodzie, doszliśmy do wniosku — nie przesądzając bynajmniej istotnej wartości nowego sposobu — że metoda Bierasta, którąby mogła znaleść zastosowanie przedewszystkiem przy badaniu kałów zdrowych roznosicieli zarazków (u chorych gorączkujących opóźnianie odpowiedzi o 24 godziny nie jest pożądane), w obecnych warunkach nie da się zastosować ze względu na brak dokładnie oczyszczonego eteru naftowego, względnie trudność jego otrzymania.

Piśmiennictwo. Bierast. Centr. für Bakt. Abt. I. Orig. Bd. 74. 1914. S. 348. — Schmitz. Münch. m. W. 1914. S. 215.— Jaffe. Wien. klin. W. 1915. S. 418. — Hall. Berl. kl. W. 1915. S. 1326. — Schuscha. Centr. für Bakt. 1916. I. Abt. Orig. Bd. 78. Heft. 4. — Bierast. Berl. kl. W. 1916. Nr 20. — Bierast. Mediz. Klinik 1917. Nr 3. — Kuhn. Tamże. — Knorre. Centr. f. Bakt. Orig. Bd. 79. — Müller. Feld. Beil. zur Münch. m. W. 1917. Nr 6.

Sprawy Izb lekarskich.

W sprawie spirytusu i nafty dla lekarzy podejmowała Izba lekarska zachodnio-galicyjska kilkakrotnie usilne starania tak za pośrednictwem Wydziału wykonawczego Izb, jak i za pośrednictwem posłów do parlamentu, w szczególności kol. Dr Bobrowskiego. Wydział wykonawczy Izb podaje do wiadomości, że osobny przydział spirytusu dla lekarzy został w zasadzie przyznany, jednak na razie tylko do końca sierpnia 1918. Spirytus ten ma być wydawany za pośrednictwem Izb lekarskich lub organizacyi lekarskich. Potwierdzenie tej wiadomości otrzymali nasi posłowie parlamentarni z Urzędu wyżywienia ludności w Wiedniu. Jak dotąd, są to jednak tylko przyrzeczenia. — Co do nafty, to Wydział wykonawczy Izb poleca lekarzom, by wprost w Starostwie swego powiatu żądali zwiększonego przydziału, gdyż wszystkie Namiestnictwa już miały polecić, aby lekarzy w przydziale nafty zaliczono do uprzywilejowanych.

Wiadomości bieżące.

Po trzech przeszło latach światowej wojny budzi Nowy Rok po raz pierwszy nadzieję częściowego przynajmniej pokoju. Jak dotąd jednak nie rokuje on dla Polski jeszcze końca klęsk, krzywd i niepewności. Wszystkim naszym czytelnikom przesyłamy życzenie, aby prawdziwie lepsza dola Ojczyzny jak najrychlej nadeszła, pozwalając każdemu powrócić do pracy dla dobra kraju i dla współziomków.

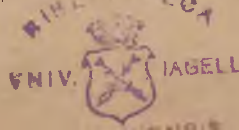
Kraków. Rok bieżący, pięćdziesiąty siódmy wydawnictwa, rozpoczyna »Przegląd lekarski« wśród niebywałych trudności technicznych i materyalnych. W r. 1916 były one już znaczne i pomimo ofiarności kolegów i ścieśnienia ram nie uniknięto niedoboru. W ostatnim roku pomimo dalszej ofiarności niedobór wzrósł czterokrotnie, chociaż wobec podrożenia druku i papieru i trudności technicznych ramy jeszcze więcej musiały być ścieśnione, sprawozdania z zagranicznego piśmiennictwa czasowo zupełnie zawieszone, a druk oryginalnych prac tak zwolniony, że czekać one muszą po pół roku na swą kolej. Wobec tego musimy prosić autorów o jaknajtreściwsze opracowywanie artykułów, stowarzyszenia i jednostki, popierające wydawnictwo, o jaknajwiększą dokładność i punktualność wypłat, a wszystkich — o wyrozumiałość. Ze swej strony nie zaniedbamy niczego, aby wydawnictwo podtrzymać i aby »Przegląd« ile możności spełniał swoje zadania w przymusowo zmniejszonych ramach; niemniej, jeśli się stosunki nie zmienią, można już dziś oznaczyć czas, w którym dalsze ograniczenia, a temsamem i dalsze skuteczne zwalczanie trudności wydawniczych — staną się niemożebne.

— Posiedzenie sprawozdawcze Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się 9. I. 1918.

— W sprawie powołania urzędników Polaków do Ministerstwa zdrowia w Wiedniu oświadczył minister dla Galicyi Dr Twardowski w wywiadzie dziennikarskim (Nowa Reforma Nr 3), że »o tej sprawie pamięta i pozostaje już w kontakcie z korporacyami lekarskiemi«.

— Lekarze szpitala św. Łazarza złożyli Izbie lekarskiej 110 kor., pozostałych ze składki na wieniec dla ś. p. Dr Krzysztonia, na fundusz wdów i sierot po lekarzach. Za dar ten składa Prezydyum Izby serdeczne podziękowanie ofiarodawcom.

Dr Schoengut, prezydent Izby.



Z różnych stron. Wojna nauczyła rządy większej niż dotąd troski o zdrowie społeczeństw, a wyrazem tego są tworzone stopniowo w różnych państwach osobne ministerstwa zdrowia. Najpierw, jak wiadomo, miało ono powstać w Rosyi; nie wiadomo jednak, czy organizacya jego przetrwała ostatnie przełomy. Drugą z rzędu była Austrya; obecnie powstać ma ministerstwo zdrowia w Anglii, a kierunek jego ma objąć Addison. We Francyi poczyna prasa lekarska również domagać się tej reformy.— Czy nie należałoby i w Polsce ponowić żądań, które podnoszono jeszcze przed utworzeniem ministerstw zdrowia w państwach zachodnich, i przekształcić Departament zdrowia w Ministerstwie spraw wewnętrznych jak najrychlej na samodzielne Ministerstwo? Czy też może ma ta sprawa czekać na wzory — z Niemiec?

Sprostowanie. W Nr. 50 »Przeglądu lekarskiego« z r. 1917, strona 425, szpalta prawa, wiersz 24 od dołu przez pomyłkę redaktora wydrukowano »w ósmym lat dziesiątku«, zamiast, jak być powinno »w dziewiątym lat dziesiątku«.

Odznaczeni wśród lekarzy kolejowych w Galicyi: krzyżem I. kl. za zasługi cywilne Dr K. Zgórski, naczelny lekarz kolei we Lwowie, a krzyżem II. kl.: Dr Dadlez (Rawa ruska), Dr Bober (Chodorów), Dr Bujniewicz (Tarnów), Dr Millet (Dębica), Dr Piórko (Podgórze).

Zmarli: Dr Stanisław Ruczka w Niżankowicach, lekarz okręgowy i burmistrz miasta, w 66 r. ż.; Dr Stefan Rozental z Warszawy w Moskwie w 31 r. ż.; jako ofiary zawodu, na dur plamisty: Dr Bronisław Laskowski, lekarz miejski w Kielcach w 60 r. ż., Dr Roman Kuczyński w Suchedniowie w 39 r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 48—52.: Likiernik: O wpływie ucisku powieki górnej na powstawanie łuszczki jaglicowej (48). — K. Zieliński (dok. 50). — Rejchman: W sprawie leczenia chorych na czerwonkę (49). — Szokalski: W sprawie odczynu Weila-Felixa w durze plamistym (50). — Teodor Heiman (wspomnienie pośmiertne) (51). — Sierakowski: Kilka uwag o odczynie Weil-Felixa w durze plamistym (51). — Leśniowski: W sprawie operowania przepuklin uwięzłych (52).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 48—52.: Higier: Alkoholizacya zwoju Gassera metodą Hartla w ciężkich nerwobólach twarzy i rzadsze powikłania nerwowe przy jej stosowaniu (48—49). — Puławski (dok. 51). — Sokołowski: Teodor Heiman (wspomnienie pozgonne) (50). — St. Orłowski: Projekt normalnej ustawy szpitalnej (50—51). — Zawadzki: Szpitale miejskie i lekarze w cyfrach (51). — Grundzach: Leczenie dyetetyczne biegunek (52).

Kronika dentystyczna Nr 11—12.: Cieszyński: Instytut dentystyczny Uniwersytetu lwowskiego. — Szalit: O potrzebie organizacyi pomocy dentystycznej w armii polskiej.

Zdrowie Z. 11.: Bier: Mąka i chleb wojenny. — Heiman: Jak zapobiedz głuchocie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 9. stycznia** 1918 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Przedstawienie chorych z kliniki chirurgicznej. 2) Sprawozdanie Zarządu za r. 1917. 3) Dr Franciszek Walter: Znaczenie odczynu Wassermanna w kontroli sanitarnej.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna. Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzysztalowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek krak., dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVII. Kraków, 12. stycznia 1918 Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).

Odczyny serologiczne przy raku

podał

Doc. Dr. J. Zubrzycki.

(Ciąg dalszy).

Osobną grupę odczynów, stosowanych w celach rozpoznawczych przy raku, stanowią tak zwane odczyny zaczynowe (fermentacyjne). Należy do nich przedewszystkiem odczyn antytrypsynowy, opierający się na tem spostrzeżeniu, że we krwi osób chorych na raka wzrasta ilość ciał, hamujących działanie trawienne trypsyny. Poglądy na naturę tych ciał dotychczas nie są ustalone, większa jednak część badaczy przechyla się do twierdzenia, że są to ciała z rodzaju antyfermentów, które powstawać mogą w ciałkach białych i stamtąd przedostawać się do krwi (Jochmann, Müller). Przy opracowaniu techniki tego odczynu zużytkowano własności trawienne trypsyny, a za miarę stopnia strawienia w danem doświadczeniu uważano bądź to wielkość zagłębienia w płytkach Löfflerowskich, sporządzonych z agaru z surowicą (metoda Markusa), bądź też strawioną ilość odpowiednio przygotowanych rozczynów sernika (metoda Fulda-Grossa i metoda Volharda). Stroną ujemną tych odczynów jest niestałość względnie zmienność działania rozczynów trypsyny, które po zmieszaniu w odpowiedniej ilości badanej surowicy, bądź to wpuszcza się kroplami na płytki Löfflerowskie, bądź też miesza z odpowiednio przyrządzonym rozczynem sernika. Tak nastawioną próbę wstawia się na pewien czas do cieplarki o 37° C., poczem odczytuje się wynik, wnosząc o nim z wielkości zagłębienia, powstałego na płytkach Löfflerowskich skutkiem strawienia zawartego w nich białka, lub też, o ile posługujemy się metodą Fulda-Grossa, z ilości niestrawionego sernika, który strąca się przez zakwaszenie płynu kwasem octowym. Metoda Markusa jest wprawdzie prostsza, nie daje jednak tak dokładnych wyników, jak metoda Fulda-Grossa i Volharda, które dzięki temu obecnie prawie wyłącznie do tych badań bywają stosowane. Niedawno podana przez Kämmerera modyfikacya metody Volharda jest jeszcze dokładniejsza i pozwala oceniać już nawet nieznaczne różnice w wynikach.

Wyniki dodatnie, uzyskane przy pomocy odczynu antytrypsynowego przy raku, wynoszą około 85% (Brieger, Trebing, Heide, Krösing, Pinkus i inni). W ogólności jednak odczyn antytrypsynowy nie znalazł w rozpoznaniu raka praktycznego zastosowania głównie z tego względu, że dodatnie wyniki daje również i przy innych schorzeniach w stosunkowo dużej, gdyż około 30% wynoszącej liczbie przypadków. Sprawy ropne, gruźlica, wady przemiany materyi, choroby zakaźne, oto cierpienia, przy których odczyn antytrypsynowy prawie z reguły daje wynik dodatni, co wobec zapatrywania, że powodujące odczyn ten antyfermenty wytwarzają się w ciałkach białych, zupełnie byłoby zrozumiałe.

Drugim z odczynów zaczynowych jest odczyn Abderhaldena, który, o ile przy ciąży stał się przedmiotem bardzo wielu prac, o tyle przy raku nie znalazł jeszcze szerszego zastosowania. Przypuszczać należy, że wpłynęła na to z jednej strony nieco uciążliwa technika badań, z drugiej strony zaś w granicach błędów doświadczalnych leżące wyniki tak metody dyalizacyjnej, jak i optycznej. Zasadą tego odczynu jest zapatrywanie, że w surowicy ludzkiej krążą zaczyny swoiste, nastawione na różnego rodzaju białko, i to nietylko obcogatunkowe, ale i jednogatunkowe lecz obcokrwiste. Zaczyny te są zdolne rozłożyć odpowiednio przygotowane białko na jego pochodne, które można wykazać zapomocą metody dyalizacyjnej lub też optycznej. Fermenty te, nazwane przez Abderhaldena zaczynami ochronnymi, powstają w ustroju po wprowadzeniu doń białka obcokrwistego z pominięciem przewodu pokarmowego.

Za takie obcokrwiste białko uważa Abderhalden między innemi i białko tkanki rakowej. W odniesieniu do raka posługiwano się dotychczas metodą dyalizacyjną. Tkankę rakową, odkażoną i pozbawioną produktów rozpadu białka przez wielokrotne gotowanie, nastawia się wraz z badaną surowicą w dyalizatorze na 24 godzin przy 37° C. Przez ten czas, o ile w danej surowicy znajduje się swoisty ferment, nastawiony na białko tkanki rakowej, ma przychodzić do rozpadu tego białka na różne, łatwo dyalizujące ciała pochodne, które można stwierdzić w dyalizacie przy pomocy odczynu ninhydrynowego.

Badania te, co do których nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa, przeprowadzili w odniesieniu do raka Frank, Heimann, Abderhalden, Gambaroff i znaleźli wynik dodatni w 95% u osób rakowatych i 5% u osób zdrowych. Technika tych doświadczeń od niedawna ostrej podlega krytyce i przyszłość okaże, po czyjej stronie słuszność.

Nawiązując do odczynów fermentacyjnych, wspomnę, że zjawisko nadwrażliwości usiłowali spożytkować Pfeifer i Finsterer w celach serologicznych rozpoznania raka. Obaj ci autorowie twierdzili, że w surowicy krwi osób, chorych na raka, można wykazać niweczniki anafilaktyczne, nastawione na tkankę rakową. Metoda podana przez nich opierała się na wykazaniu wstrząsu anafilaktycznego po wstrzyknięciu wyciągów nowotworowych świnkom morskim, uczulonym surowicą osób cierpiących na raka. Jak jednak głównie Ranzi, a za nim Elias i Helling, powtarzając doświadczenie Pfeifera i Finsterera, stwierdzili, objawy, jakie się przy doświadczeniu spostrzega, nie mogą być uważane za swoiste dla raka.

Zawiodły również usiłowania stworzenia odczynu skórnego lub spojówkowego, w rodzaju takich, jakie wykazał przy gruźlicy Pirquet i Calmette, dokonywanego przy pomocy rozmaicie sporządzonych wyciągów z tkanki rakowej-

Jedynie tylko zasługują jeszcze na wzmiankę doświadczenia Elsberga, Neuhofa i Geista, którzy wstrzykiwali podskórnie 20% zawiesinę ciałek czerwonych ludzkich, przyczem miał się tworzyć u osób z rakiem miejscowy odczyn w postaci zaczerwienienia bolesnego, ostro ograniczonego, które w 6 godzinach po wstrzyknięciu dochodziło do szczytu, w 12 godzinach zaś znikało bez śladu. U osób, niedotkniętych rakiem, podobny odczyn skórny miał występować tylko w 6%, u osób rakowatych zaś w 89% ogólnej liczby badanych.

Odmiennym od poprzednio omówionych jest odczyn, podany przed kilku laty przez Freunda i Kaminera, którzy, badając zachowanie się zawiesiny komórek rakowych względem rozmaitych rodzajów surowic, stwierdzili, że surowica osób zdrowych, względnie osób chorych na różne inne cierpienia z wyłączeniem raka, posiada własności rozpuszczania komórek rakowych, natomiast surowica osób dotkniętych rakiem własności tych nietylko nie posiada, ale zdoła do pewnego stopnia chronić komórki te przed rozpuszczaniem się. Spostrzeżenie to zużytkowali Freund i Kaminer do wypracowania techniki t. z. odczynu komórkowego przy raku.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala epidemicznego kolumn sanitarnych K. B. K. w Tarnogrodzie.

Z serodyagnostyki duru plamistego

podali

Dr Kazimierz Dadej i Dr Marya Krahelska.

(Ciąg dalszy).

Uderzająca niezgodność danych liczbowych, otrzymywanych dla odczynu Weila przez poszczególnych badaczy, była parokrotnie w literaturze podnoszona. Fuchs, ostrzegając przed niebezpieczeństwem przeceniania rozpoznawczej wartości odczynu Weila, robionego przy użyciu jego pierwszych szczepów, wspomina, iż odczyny z iksami, wykonywane przez różnych badaczy, zwykle dają różne wyniki. Za przyczynę tych różnic uważa on niejednostajną gęstość używanej zawiesiny i odmienny sposób hodowania iksów. Zwłaszcza ten drugi czynnik może, jego zdaniem, odgrywać dużą rolę. Fuchs używał stale płytek agarowych. Przy użyciu przez niego do odczynu z jedną i tą samą surowicą dwu hodowli, z których pierwsza posiana była na świeżo wylanym, druga na cokolwiek wyschniętym agarze, różnica wysokości miana wynosiła 50% na korzyść pierwszej hodowli. Rzecz prosta, iż wobec tego próba ustalenia wysokości miana na podstawie wyników badaczy, z których jedni hodują iksy, powiedzmy, na agarach skośnych, drudzy na płytkach — byłaby conajmniej stratą czasu.

Jeszcze bezowocniej przedstawiałby się taka próba musiała, gdybyśmy wraz z Felixem niezgodność między wynikami prac poszczególnych badaczy tłómaczyć chcieli przez »zanieczyszczanie hodowli«, lub zwłaszcza przez błędne odczytywanie wyników odczynu. Dla uprzytomnienia tego, jak trudnem byłoby nieraz tutaj ustalenie średnich bodaj wartości, przytoczymy tu Weila i Felixa dosłownie: »Tak, jak z całym szeregiem surowic kontrolnych, które w innych pracowniach dawały odczyny dodatnie, nie mogliśmy otrzymać żadnego odczynu, tak przeciwnie widzieliśmy nadzwyczaj wysoko sięgające odczyny w przypadkach, które, badane w innych pracowniach, dawały wyniki ujemne«.

Dopóki zatem nie zostaną ustalone pewne normy, obowiązujące równie przy prowadzeniu hodowli, jak przy nastawianiu odczynu, ustalenie wysokości miana na podstawie wyników liczbowych, otrzymanych w różnych pracowniach, nie wydaje się nam możliwem.

Natomiast jeżeli z cyfr, otrzymywanych przy kilkakrotnem powtarzaniu odczynu w ciągu choroby, odtwarzamy przebieg tego odczynu dla każdego poszczególnego przypadku i dla pewnej liczby przypadków porównywać będziemy właśnie sposób przebiegu odczynu, otrzymamy zgodność bezwarunkowo większą, niż przy porównywaniu bezwzględnej wartości cyfr. Toż samo błąd przypuszczalny opartych na takiem porównaniu wniosków będzie mniejszy. Istotnie też, mimo że co do sposobu, w jaki odczyn Weila zmienia się w przebiegu choroby, mamy w literaturze — z wyjątkiem pracy Starkensteina — luźne tylko uwagi, panuje między niemi prawie zupełna zgodność.

Przebieg odczynu Weila w kolejnych okresach choroby dałby się na podstawie danych z literatury przedstawić, jak następuje. Po przekroczeniu rozcieńczenia $^{1}/_{50}$ zaczyna się wysokość miana w początku drugiego tygodnia choroby wznosić dość gwałtownie. Wartości maksymalne zostają osiągnięte mniejwięcej w okresie spadku gorączki, przy tych wartościach utrzymuje się odczyn kilka dni. Potem następuje gwałtowny spadek, bądź do rozcieńczeń najniższych i szybkiego znikania odczynu (już po 3 tygodniach), bądź do dość nizkich ($^{1}/_{100}$), które następnie mogą się utrzymywać przez czas bardzo długi (8 miesięcy u Weila i Felixa). Jednozgodnie wspominana przez autorów zależność między maksymalnem natężeniem zdolności aglutynacyjnej surowicy i opadaniem gorączki występuje bardzo dobitnie przy próbie wpisania krzywej, wyrażającej przebieg odczynu Weila, na tablicę gorączkową. Już po takiem graficznem zestawieniu zebranego przez nas materyału doszła do nas praca Starkensteina, który w 15 w ten właśnie sposób pomyślanych tablicach skupia materyał, zbierany przez siebie niezwykle dokładnie, z codziennem dla każdego chorego powtarzaniem odczynu i właściwie pierwszy rzecz tę robi dokładniej i planowo.

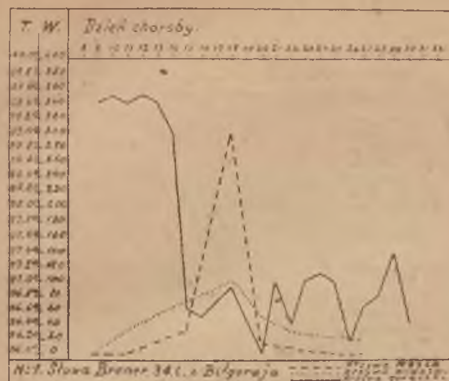
Z tabliczek Starkensteina widzimy, że odległość w dniach wierzchołka krzywej Weila od spadku gorączki wynosi najwyżej cztery dni — in plus lub in minus, t. j. przed lub po nim. Zestawiając obrachowane z tych tabliczek odległości, otrzymamy taki szereg:

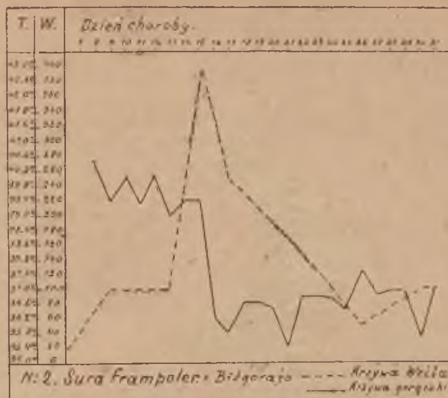
Tablica II.

Odległość wierzchołka krzywej Weila od spadku gorączki	÷					+			
w dniach:	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Ilość przypadków:	1	2	2	2	2	0	4	0	1
Zliczenie:	1	3	5	7	2	0	4	4	5
%	50%				14·28%	35·72%			

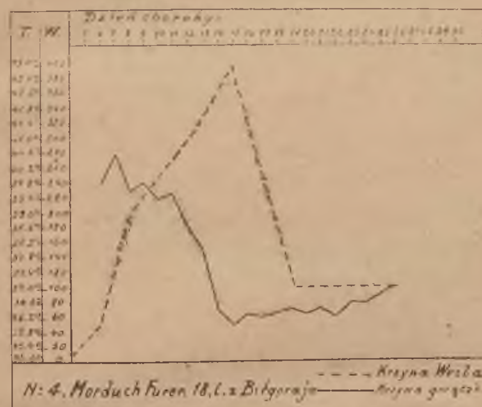
Na ogół zatem najwyższą zdolność aglutynacyjną miały badane przez niego surowice w ostatnich dniach — możnaby powiedzieć w ostatnim dniu — przed przełomem. Po przełomie przypada wierzchołek krzywej Weila tylko w 35% przypadków.

W naszych tablicach uwzględniamy te kilkanaście przypadków, w których odczyny zaczęte były we wczesnym okresie choroby i prowadzone w 2—4 dniowych odstępach czasu przynajmniej do trzeciego tygodnia. Przy wykreślaniu krzywej Weila brane były na uwagę najwyższe czyste


T. W.
Dzień choroby.
N:1. Słowa Brener 34 l. z Biłgoraja

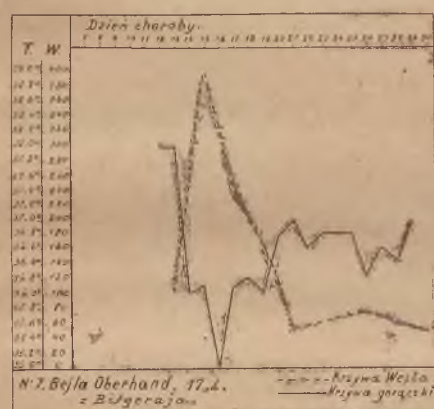

T. W.
Dzień choroby.
N:2. Sura Frampoler z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki

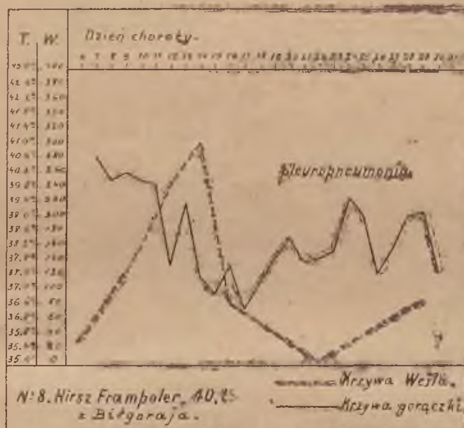

T. W.
Dzień choroby
N:3. Wolf Pech 11 l. z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki


T. W.
Dzień choroby.
N:4. Morduch Furen 18. l. z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki

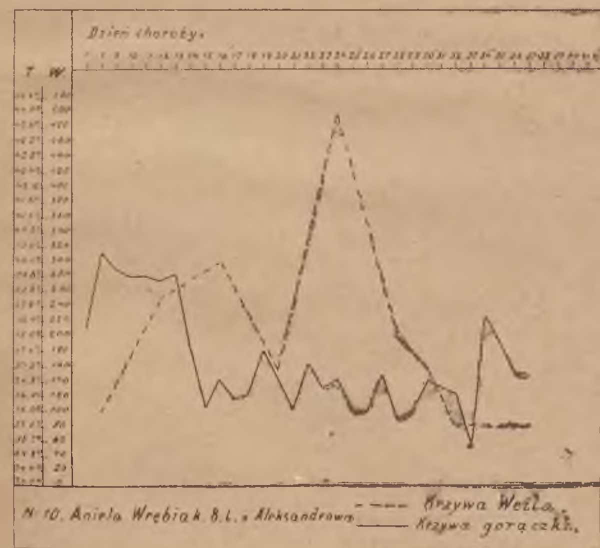

T. W.
Dzień choroby.
N:5. Szmul Płocz 20 l. z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki

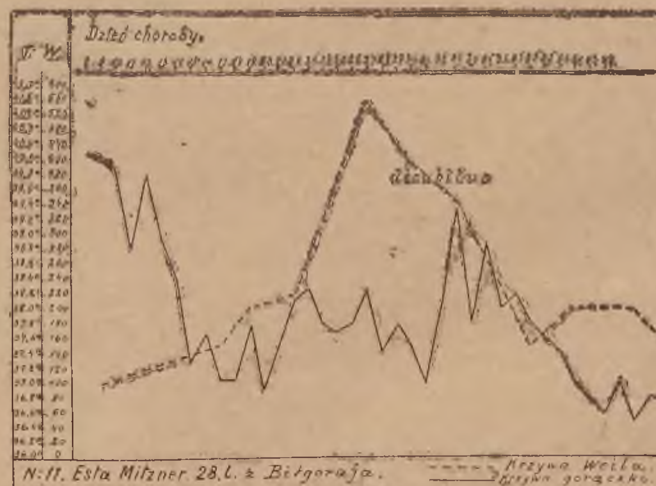

T. W.
Dzień choroby.
N:6. Syma Tinkenfisz. 19. l. z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki


T. W.
Dzień choroby.
N:7. Bejla Oberhand, 17. l. z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki


T. W.
Dzień choroby.
pleuropneumonia
N:8. Hirsz Frampoler, 40. l. z Biłgoraja.
Krzywa Weila.
Krzywa gorączki


T. W.
Dzień choroby.
N:9. Anastazja Markow 27. l. z Biłgoraja
Krzywa Weila
Krzywa gorączki


T. W.
Dzień choroby.
N:10. Aniela Wrębiak 8. l. z Aleksandrowa
Krzywa Weila.
Krzywa gorączki.


T. W.
Dzień choroby.
N:11. Esta Mitzner 28. l. z Biłgoraja.
Krzywa Weila.
Krzywa gorączki.



N:12. Franciszek Wrębiak. 6.l. z Aleksandrowa.



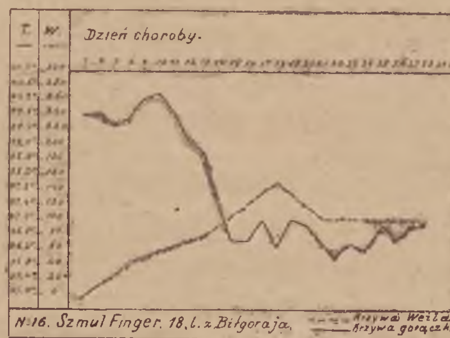
N:13.



N:14. Lejba Sznajderberg. 25.l. z Biłgoraja.



N:15. Antonina Sobań. 33.l. z Tarnogrodu.



N:16. Szmul Finger. 18.l. z Biłgoraja.

odczyny, krzywa ciepłoty jest zestawieniem ciepłot wieczornych. Pobieżny nawet wgląd pozwala tu wyróżnić pomiędzy krzywemi Weila dwa typy: krzywe o ostrym wierzchołku, leżącym na bardzo nieznacznej odległości od spadku gorączki i te, które wznoszą się łagodniej, osiągają wartości maksymalne dopiero na znacznej odległości po przełomie, utrzymują się przy nich dłużej i opadają łagodniej.

Do pierwszego typu należą Nr 1–8 (włącznie). Za najznamienniejsze dla tego typu uważać możemy Nr 1, 3 i 4, w których, zwłaszcza w przypadku 1 i 3, odczyn w rozcieńczeniach wyższych trwa tak krótko, iż przy cokolwiek rzadszem braniu krwi możnaby wogóle występowanie jego z łatwością przeoczyć. Wysokość miana wynosi tu od $^1/_{300}$ do $^1/_{600}$, średnio $^1/_{420}$. Odległość wierzchołka krzywej Weila od dnia przełomu, w dniach wyrażona, ÷ 1 w jednym przypadku, 0 — w trzech, + 2 w jednym, + 3 w jednym, + 4 w dwóch przypadkach. to znaczy średnio odległość bezwzględna 1,75 dnia, lub odległość dodatnia 1,5 dnia. Czas utrzymywania się odczynu powyżej $^1/_{100}$ wynosił w jednym przypadku 3 dni, w jednym 4, w dwóch 6, w jednym 8, w dwóch 9 i w jednym 14. Jeżeli pominiemy ostatni, najmniej dla danego typu charakterystyczny przykład (Nr 2), możemy powiedzieć, iż w obrębie tego typu odczyn w rozcieńczeniach wyższych ponad $^1/_{100}$ utrzymuje się tylko około siedmiu dni.

Dla typu drugiego, obejmującego krzywe Weila z tabliczek Nr 9, 10, 11 i 12, te cechy, zwłaszcza dwie ostatnie, będą się dość odmiennie przedstawiać. Wysokość miana wynosi tu $^1/_{300}$, $^1/_{500}$, $^1/_{560}$ i $^1/_{600}$, zatem średnio $^1/_{490}$.

Odległość wierzchołka krzywej od dnia spadku gorączki, tu stale dodatnia — wynosi 15, 11, 13 i 10 — czyli średnio 12.22 dnia. Miano utrzymuje się powyżej $^1/_{100}$ przez ciąg 20, 30, 34 i 19, zatem średnio 25,75 dni. Krzywe Weila Nr 13 i 14 możnaby uważać za formy pośrednie pomiędzy typem pierwszym i drugim (zbliżone może najbardziej z pomiędzy podanych tu do krzywych Starkensteina). Pod żaden z tych typów nie podpadają właściwie obrazy takie, jak w Nr 15 i 16, w których krzywa Weila, podnosząc się wogóle stosunkowo nieznacznie, utrzymuje się natomiast przez bardzo długi czas na osiągniętym poziomie lub nieznacznie tylko opada. (Temu trzeciemu typowi odpowiadałyby Nr 4 i Nr 8 z tablic Starkensteina).

Jeżeli powyższe obrazy zestawimy z podanymi przez Starkensteina, uderzy przedewszystkiem, — pomijając średnio znacznie niższą wysokość miana w naszym materyale — wybitniej tu występująca ostrowierzchołkowość krzywej. W tekście zaznacza Starkenstein ewentualne praktyczne znaczenie tej jej cechy: »Wielką doniosłość posiada fakt, już przez Weila i Felixa wspomniany, że najwyższe wartości miana trwają nieraz zaledwie parę dni; — o ile badanie serologiczne nie przypadnie na te dni właśnie, mogą one ujść obserwacyi«. Możliwość ta — mylnego wnoszenia o przebiegu odczynu Weila przy niedość częstem jego powtarzaniu, staje się tem większą tam, gdzie nietylko najwyższe miano, ale wogóle odczyn w rozcieńczeniach ponad $^1/_{100}$ trwa, jak w przypadku, podanym przez nas w tablicy Nr 1, zaledwie trzy dni!

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Adolf Deutsch: **Porady lekarskie dla inwalidów wojennych co do wyboru zawodu.** (Ärztliche Berufsberatung Kriegsbeschädigter). Wiedeń 1917.

Lekarz w obecnej wojnie napotyka na bardzo wiele nowych zadań społecznych. Jeden z takich bardzo ważnych problemów omawia autor na mocy doświadczenia szkoły inwalidów w Wiedniu, mianowicie obowiązki lekarza przy doradzaniu inwalidom wyboru lub zmiany zawodu. Inwalidzi bardzo często nie ufają sobie z początku, natomiast, gdy da im się odpowiedni zawód, zaczynają nadspodziewanie dzielnie pracować. Naturalnie liczyć się tu także trzeba z t. zw. histerykami z powodu renty, symulantami i przesadzającymi swe cierpienie, a wreszcie z t. zw. protegowanymi, którzy rekrutują się najczęściej z prywatnych szpitali, gdzie każdego chorego zanadto pieszczą i obiecują im po wyzdrowieniu złote góry i lekkie posady, przez co potem inwalida taki do swego zawodu wrócić nie chce. Niezmiernie cennem okazało się w szkołach inwalidów tak zwane leczenie pracą. Już podczas pobytu w szpitalu chory zaczyna pracować pod okiem lekarza i nabiera przez to zaufania do siebie samego. Porada co do zawodu ma za cel ocenę, czy inwalida (względnie uszkodzony) może już pracować, dalej, w jakim zawodzie, czy potrzebuje kształcenia, jakoteż technicznych pomocniczych aparatów do pracy (Arbeitsbehelfe), zwiększających istotną zdolność zarobkowania.

Ogólną zasadą powinno być: Każdy powrócić powinien o ile możności do swego zawodu, chyba że przez kształcenie uzyskał lepsze kwalifikacye w innym zawodzie, niż te, które miał przed uszkodzeniem, lub też do dawnego zawodu doucza się jeszcze innego (n. p. rolnik doucza się stolarstwa, szewstwa, fryzyerstwa i t. p.), przez co zwiększa się jego przyszły zarobek, mimo ew. zmniejszenia zdolności zarobkowania w zawodzie właściwym.

Przy ocenie zdolności zarobkowania dzielimy ogólnie zawody na następujące grupy: Zawody, w których pracujący musi: 1) siedzieć, 2) stać, 3) siedzieć i chodzić, 4) dźwigać ciężary lub spinać się, 5) wykonywać subtelne roboty rękami, 6) wymagające pracy umysłowej lub wielkiej przytomności umysłu — i według porównania z uszkodzeniem i jego skutkami oceniamy zdolność do pracy. Istnieją do tego celu nawet tabele, ale szablon niezawsze jest odpowiedni.

Na końcu podaje autor wykaz fachowych szkół i kursów w Austryi, jakoteż przykłady z praktyki porad co do zawodu.

Dr Klęsk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 21 listopada 1917.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczący: wiceprezes kol. Lang. Obecnych: 28.

1) Przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu członkowi Towarzystwa ś. p. kol. Dr Stanisławowi Skoblowi. Pamięć jego uczcili obecni przez powstanie.

2) Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

3) Kol. Borowski wygłosił wykład p. t.: **Wyniki operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** W referacie swym podnosi kol. B., że cierpiący na chorobę Basedowa dostają się w ręce chirurgów stosunkowo od niedawna. Jak zmieniały się poglądy na przyczynę tej choroby, tak też zmieniały się zasady jej leczenia. Jonescu i wielu chirurgów za nim przecinali nerw współczulny, jako siedzibę schorzenia; Filehne dopatrywał się przyczyny schorzenia w rdzeniu przedłużonym; inni, uważając chorobę Basedowa za nerwicę ogólną, przeprowadzają leczenie klimatyczne, elektryzacyę, galwanizacyę, hydroterapię i t. p.; Möbius przypuszcza, że choroba B. powstaje wskutek zatrucia ustroju nadmierną lub też zmienioną wydzieliną gruczołu tarczowego. Klose uważa chorobę B. za dystyreoidyzm; ten też pogląd dziś został ogólnie przyjęty. W różny sposób starano się oddziałać na tarczycę z bardzo zmiennem powodzeniem; podawano jod, arsen, żelazo, fosfor, przetwory grasicy zwierząt, mleko z kóz, którym przedtem usunięto grasicę; wszystko to zawodziło częściowo lub zupełnie, albo też rozciągało leczenie w nieskończoność. Chorzy w końcu szukają pomocy chirurgicznej.

Kol. B. omówił następnie objawy choroby Basedowa, trudności, z jakiemi spotyka się chirurg w czasie i po operacyi, sposoby chirurgicznego leczenia, wreszcie przeszedł do omówienia statystyk krakowskiej kliniki chirurgicznej, statystyk Eiselsberga, Kochera, braci Mayo i Rehna. Najniższą śmiertelność (1,3%), a zarazem największy odsetek wyleczeń (75%) podaje statystyka Kochera. W klinice krakowskiej odsetek wyleczeń wynosi 40%. Do wyleczonych zaliczyć należy dwóch chorych, których kol. B. przedstawił: 1) chorego 30-letniego, u którego z całego kompleksu typowych objawów Basedowa pozostało tylko nieznacznego stopnia wysadzenie gałek ocznych i 2) chorą 26-letnią, która cierpiała na chorobę Basedowa od lat 7 i u której gruczoł tarczowy był conajmniej 5-krotnie powiększony. Choroba powikłana była ciążą 4-miesięczną. Zabieg operacyjny (resekcya uda) przyniósł wyleczenie chorej z choroby Basedowa. W 9. dniu po operacyi nastąpiło poronienie, które przebiegało bez powikłań. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Hładij omawia szczegółowo drugi przypadek, w którym wskazanie do zabiegu operacyjnego dawały głównie objawy utrudnionego oddychania z powodu przesunięcia tchawicy na lewo i z tego powodu, że powiększony do rozmiarów pięści dorosłego mężczyzny prawy i środkowy płat tarczycy przez swoje położenie pozamostkowe wywoływał zwężenie tchawicy znacznego stopnia. Chora należy, wedle poglądu Seitza, do tej grupy, w której następuje w czasie ciąży pogorszenie choroby Basedowa. Obok wspomnianych wyżej objawów stwierdzono u chorej wszystkie objawy choroby Basedowa, przyczem limfocytoza dochodziła do 5000 ciałek; stwierdzono wyniszczenie znacznego stopnia, mierne powiększenie serca, tętno do 140 uderzeń na minutę. Przypadek, który zawdzięczam uprzejmości prof. Rosnera, a któremu za odstąpienie go klinice chirurgicznej serdeczne składam podziękowanie, operowałem w uśpieniu eterowem; wykonałem resekcyę powiększonej tarczycy, pozostawiając z płatów tylko wałki grubości dwóch palców, które przyszyłem do mięśni mostkowo-sutkowo-obojczykowych. Przez przyszycie nastąpiło zupełne uwolnienie tchawicy od ucisku. Najnowsze badania nad chorobą Basedowa wykazały, że we wszystkich prawie przypadkach tej choroby stwierdzić można istnienie powiększonej grasicy (Haberer, Klose, Rose). Skutkiem zaburzenia wewnętrznego wydzielania grasicy, tarczyca nie przyswaja sobie jodu nieorganicznego i nie przerabia na tyreoidynę, wskutek czego rozwija się zatrucie ustroju jodem metalicznym, które to zatrucie dawać może szereg objawów, dających się wywołać doświadczalnie, a w zupełności podobnych do objawów choroby Basedowa. Cały szereg autorów, wychodząc z tego założenia, żąda, aby przy chorobie Basedowa usunąć przedewszystkiem powiększoną grasicę. W danym przypadku poszukiwałem przy zabiegu grasicy, ale bezskutecznie. Przebieg pooperacyjny u operowanej chorej był bardzo ciężki. Chora przez pierwsze dwa dni po operacyi miała przy ciepłocie 36,2° tętno niezliczalne i niebadalne. Ponieważ zdaje mi się, że chorzy na chorobę Basedowa dlatego zabiegów operacyjnych na gruczole nie wytrzymują, że tarczyca w wydzielaniu i czynności swojej jest upośledzona przez mechaniczne manipulacye przy operacyi, więc należy takim chorym jaknajszybciej po operacyi doprowadzić dużo tyreoidyny do ustroju. W tym przypadku wstrzykiwałem chorej roczyny wodne tyreoidyny w ilości 2 gr. dziennie śródmięśniowo. Po każdem wstrzyknięciu dawała się zauważyć poprawa w stanie ogólnym chorej, tętno po drugiem wstrzyknięciu stało się wyczuwalnem, a po trzeciem wyraźnie policzalnem. W szóstym dniu po zabiegu operacyjnym chora poroniła. Krwotoku przy poronieniu żadnego nie było. Chora w bardzo dobrym stanie opuszcza klinikę. (Streszczenie własne).

b) Kol. Kazimierz Piotrowski: Zdania badaczy co do wpływu choroby Basedowa na narządy rodne kobiece są podzielone. Przeważnie spostrzegano oddziaływanie choroby Basedowa na miesiączkowanie i na czynność jajnika (oligomenorrhoea i amenorrhoea oraz bezpłodność), przyczem prawdopodobnie nie sama ciężkość choroby Basedowa rozstrzyga o stopniu zmian w narządach rodnych, lecz przedewszystkiem ta okoliczność, o ile inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, więc przedewszystkiem grasica i jajnik, uległy uszkodzeniu przez zmieniony produkt tarczycy (jajnik jest prawdopodobnie gruczołem antagoni-

stycznym wobec tarczycy i grasicy). Choroba Basedowa, powikłana ciążą, pogarsza się w 60% przypadków, wobec czego po bezskutecznem leczeniu zachowawczem należy w razie pogorszenia dokonać strumektomii, zaś po 34 tygodniach ciąży, t. j., gdy dziecko zdolne jest do życia, wywołać poród przedwczesny. Osoby, dotknięte chorobą Basedowa, miewają po porodach wzgl. poronieniach często uporczywe krwawienia atoniczne. W przypadku, przedstawionym przez kol. Borowskiego, poronienie przebiegało bez żadnego krwawienia. (Streszczenie własne).

c) Kol. Marcisiewicz zapytuje, czy u chorych, przedstawionych przez kol. Borowskiego, były jakie objawy oczne i jaki na nie wpływ wywarł zabieg operacyjny.

d) Kol. Kleczkowski: Nawiązując do głównego tematu kol. B., a mianowicie do leczenia choroby Basedowa, zauważyć muszę, że wiadomości z zakresu okulistyki mogą dać pewne dane, przemawiające za operacyjnem leczeniem choroby Basedowa, a przeciw leczeniu przetworami gruczołu tarczowego. O przetworach tych wiemy od czasu badań Coppera, że wywołują one po dłuższem ich wewnętrznem podawaniu w dużym odsetku przypadków obraz kliniczny częściowego zaniku nerwu wzrokowego, charakteryzujący się naosiowym ubytkiem pola widzenia. Spostrzeżenia Coppera potwierdzone zostały przez cały szereg innych badaczy, jak również doświadczalnie na zwierzętach przez Birch-Hirschfelda. (Streszczenie własne).

e) Kol. Oszacki: Pod względem wskazań do zabiegu operacyjnego przy chorobie Basedowa można odróżniać różne typy: przy jednych operacya działa bardzo dobrze, przy drugich nie ma żadnego wpływu na przebieg choroby, wreszcie u trzecich działa fatalnie. Kryteryum do oceny tych różnic stanowią: badanie stanu nerwowego i równowagi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. U osób neuropatycznych zabieg jest przeciwwskazany, natomiast u osób nerwowo prawidłowych działa bardzo dobrze. W początku rozwoju t. zw. serca wolowego (cor strumosum), jako wyrazu oddziaływania toksyn na serce, zabieg jest również wskazany. Ponieważ jednak zmiany, wywołane w sercu, mają charakter trwały, więc operacya w okresie późnym tego powikłania jest bezcelowa.

f) Kol. doc. Zubrzycki omawia pokrótce wpływ gruczołu tarczowego zarówno o prawidłowej, jakoteż o patologicznie zmienionej czynności wydzielniczej, na narządy rodne kobiety i ich czynności fizyologiczne. (Streszczenie własne).

g) Kol. Borowski w odpowiedzi na zapytanie kol. Marcisiewicza zaznacza, że u pierwszego chorego prócz wysadzenia gałek ocznych, które po operacyi ustąpiło, nie było żadnych innych objawów ocznych. U drugiej chorej oprócz wysadzenia oczu był jeszcze i objaw Graefego, Möbiusa i Stellwaga. Obecnie wszystkie ustąpiły.

4) Kol. Mostowska wygłosiła wykład p. t.: **Zranienia postrzałowe kręgosłupa, — rokowanie i leczenie.** Ze statystyki, wprawdzie skąpej, zranień kręgosłupa, zebranej w klinice chirurgicznej krakowskiej, można wyciągnąć pewne wnioski co do wskazań do operacyi przy tych zabiegach i co do rokowania. Mianowicie operowane być powinny te przypadki zranień postrzałowych kręgosłupa, w których objawy porażne są następstwem działania ucisku na rdzeń pod jakąkolwiek postacią (pocisk, odłamki kostne, krwiak, zwłaszcza powiększający się, wreszcie blizny, jako późne następstwo uszkodzeń). W tych razach bezwględnie wskazana jest wczesna operacya ze względu na niebezpieczeństwo rozwoju zwyrodnienia rdzenia pod wpływem ucisku. Operowanie przypadków zupełnego przerwania rdzenia jest z uwagi na wynik zabiegu bezcelowe. Wobec tego jednak, że rozpoznanie względnie odróżnienie zupełnego przerwania ciągłości rdzenia od ucisku jest w pierwszych okresach po zranieniu niemożliwe, i wobec tego, że czekanie na rozstrzygnięcie tej wątpliwości połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem dla przypadków z uciskiem rdzenia, należy i te przypadki poddawać wczesnym zabiegom. Rokowanie jest przy przerwaniu ciągłości rdzenia beznadziejne; przy takich sprawach, gdzie tylko ucisk powoduje objawy, rokowanie mogłoby być dobre, gdyby nie powikłania, z któremi zawsze liczyć się należy. Nie mówiąc już o zakażeniu przyrannem, powikłaniach ze strony przewodu pokarmowego i płuc, to najwięcej trudności nasuwają zapalenia pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek, jako następstwo zakażenia cewnikowaniem z jednej strony, przy zmniejszonej w wysokim stopniu odporności tych narządów wskutek zmian trofoneurotycznych z drugiej strony. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Doc. Radliński: Wśród postrzałów kręgosłupa, jakie R. miał sposobność spostrzegać, przeważały takie, przy których równocześnie ciągłość rdzenia była przerwana, a te przypadki są stracone. Jak przy niejasnych sprawach w jamie brzusznej wykonuje się próbną laparotomię, tak i tu dążyć należy zawsze do próbnego odsłonięcia rdzenia, gdyż nigdy nie da się z góry powiedzieć, czy ucisk, czy też przerwanie rdzenia jest przyczyną porażeń. Można to robić tem śmielej, że sam zabieg operacyjny, laminektomia, nie przedstawia właściwie żadnego niebezpieczeństwa dla chorych i bywa przez nich bardzo dobrze znoszony. R. spotykał w swoim materyale często przypadki późnego poprzecznego zapalenia rdzenia. Przy operacyi po usunięciu czynnika, wywierającego ucisk, rdzeń przedstawiał się prawidłowo. Po operacyi następowała początkowo poprawa, a po 6—8 tygodniach pogorszenie, które wiodło zawsze do śmierci. Przy autopsyach stwierdzić było można zmiany w rdzeniu, zupełnie dobrze widoczne makroskopowo, jakich w czasie operacyi napewno jeszcze nie było. Występują one zatem wtórnie. — Co do techniki laminektomii, to R. nie stosuje metody osteoplastycznej, ale operuje z linii środkowej i usuwa wyrostki kolczyste i łuki kręgów. Nie widział nigdy, by przez to osłabiony został kręgosłup, jako kostna podpora ciała.

b) Kol. Hładij zaznacza, że i w klinice krakowskiej nie stosuje się metody osteoplastycznej przy laminektomii. W przedstawionym przez kol. B. przypadku cięcie płatowe dotyczy tylko skóry. Wykonano je dlatego, aby ranę głębszą pokryć nie raną skórną, ale nietkniętym płatem skóry w celu uniknięcia zakażenia z zewnątrz. Następnie opisuje kol. H. stosowaną w klinice krakowskiej metodę lokalizacyi ciał obcych zapomocą płytek ołowianych i zdjęć rentgenowskich. (Rzecz ta będzie ogłoszona drukiem).

c) Kol. Radliński nie ma zaufania nawet tylko do skórnego płatu przy laminektomii, a to dlatego, że jeśli zakażenie wychodzi z głębi rany, naówczas odpływ wydzieliny na zewnątrz jest zupełnie uniemożliwiony. Powikłaniom ze strony narządu moczowego zapobiega się w sposób skuteczny, — jak R. miał się sposobność o tem przekonać wielokrotnie »in autopsia«, — zapomocą włożenia na stałe cewnika do pęcherza.

(Dokończenie nastąpi).

Ostrzeganie ludności o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych.

Sprawą walki z chorobami wenerycznemi, zagrażającemi ludności galicyjskiej wskutek wojny w wyższym stopniu, niż ludności innych krajów, zajął się z szerszego punktu pierwszy Wydział lekarski krakowski. Zanim jeszcze było cokolwiek wiadomo o przygotowaniach do tej walki ze strony władz rządowych, rozpatrywał ją Wydział krakowski na posiedzeniach plenarnych i utworzył w swem łonie komisyę, która opracowała memoryały do Ministerstwa spraw wewnętrznych i do wszystkich wszechnic austryackich. Następnie powstała obszerniejsza komisya, która z początkiem r. 1916 opracowała ogólny program akcyi, równocześnie postarała się o napisanie broszur i pouczeń popularnych, a przedstawione sobie rękopisy przedyskutowała, poprawiła i przygotowała do druku. Dalszą akcyę, mianowicie organizacyę ostrzegawczych wykładów i pogadanek, obmyślenie sposobu, w jakiby najlepiej można przygotować ludność do ewentualnych badań, oraz jak należy zorganizować właściwe zapobieganie i leczenie, powierzono ściślejszemu komitetowi wykonawczemu, do którego weszli: prof. Dr Ciechanowski jako przewodniczący, prof. Dr Krzyształowicz, prof. Dr Rosner, prof. Dr Godlewski i doc. Dr Janiszewski.

Pierwotnym zamiarem było ująć wspólnie z Książęco-Biskupim Komitetem krakowskim w rękę wszystkie części akcyi; w tym celu porozumiewał się komitet wykonawczy z przedstawicielami Sekcyi sanitarnej K. B. K., prof. Dr Godlewskim i prof. Dr Marchlewskim, układając wraz z nimi program działania i podział pracy. Gdy jednak władze rządowe podjęły przygotowania do prowadzenia wyłącznie we własnym zakresie właściwego zapobiegania i leczenia, pozostało czynnikom obywatelskim pole tylko do wstępnej akcyi zapobiegawczej, do ostrzegania i pouczania ludności. To zadanie przypadło teraz Wydziałowi lekarskiemu krakowskiemu, a jego komitet wykonawczy porozumiał się niezwłocznie w tej sprawie zarówno z człon-

kami Wydziału lekarskiego lwowskiego, jakoteż z Zarządami Powszechnych Wykładów Uniwersyteckich w Krakowie i we Lwowie.

Ostrzeganie i pouczanie należało prowadzić zarówno słowem żywem, jak drukowanem. W zakresie propagandy drukiem starał się komitet wykonawczy uzyskać poparcie prasy, zapomocą 1. konferencyi informacyjnej, na którą zaproszono przedstawicieli wszystkich dzienników krakowskich, 2. przesyłania od czasu do czasu dziennikom krakowskim i lwowskim dłuższych artykułów i krótkich odpowiednich notatek, opracowanych przez uproszonych lekarzy, 3. przesyłania dziennikom wszystkich publikacyi komitetu z prośbą o streszczenie lub omówienie. Prasa, okazując wielkie zrozumienie dla społecznej doniosłości sprawy, popierała istotnie gorąco całą akcyę; przełamawszy szkodliwe przesądy, krępujące do niedawna ją samą, przyczyniła się bardzo znacznie do rozwiania uprzedzeń, panujących zbyt jeszcze szeroko nawet wśród inteligencyi. Niestety nie mógł komitet dostarczyć prasie tylu gotowych artykułów, ileby należało, ponieważ i tak już bardzo szczupła liczba lekarzy, mających talent popularyzatorski, a chętnych do pióra, wskutek wojny bardzo w Krakowie i we Lwowie zmalała. Z drugiej znów strony dzienniki nasze, walczące stale z brakiem miejsca, nie mogły poświęcać sprawie chorób wenerycznych swych szpalt stale przez czas dłuższy wobec nawału innego materyału i zmniejszającej się rychło »aktualności« tematu, która ma w dziennikarstwie tak ważne znaczenie. Gorąco poparła akcyę ostrzegawczą prasa ludowa, zarówno »Piast«, jak przedewszystkiem »Lud katolicki«, — rzecz doniosła ze względu na wielką poczytność tych pism, wychodzących w kilkudziesięciu tysiącach egzemplarzy. Poza prasą rozchodziło się słowo drukowane, dzięki poparciu Namiestnictwa, które wydało w większej liczbie egzemplarzy broszury i pouczenia, opracowane przez Wydział lekarski krakowski. Były to: prof. Dr Ciechanowskiego broszurka agitacyjna: p. t. »Zdrowie społeczne, a choroby weneryczne«, przeznaczona do rozpowszechniania wśród kół inteligentniejszych, takaż broszurka prof. Dr Majewskiego i prof. Dr Rosnera o zapaleniu oczu (śluzoropotoku) u noworodków, oraz dwa krótkie pouczenia dla ogółu ludności, jedno — któremu za podstawę służyło pouczenie, dawniej już wydane przez doc. Dr Janiszewskiego, a rozdane ludności krakowskiej przez Miejski Urząd zdrowia w 30.000 egzemplarzach — o chorobach wenerycznych, drugie o śluzoropotoku oczu noworodków. Broszurki wydano dotąd w kilku tysiącach, pouczenia (o ile nam wiadomo) w 120.000 egzemplarzy, a są one rozdawane bezpłatnie. We Lwowie wydała »Macierz polska« broszurki popularne prof. Dr Łukasiewicza i prof. Dr Marsa, jako wydawnictwa bardzo tanie. Oprócz tego wyszła we Lwowie wcześniej jeszcze broszura dla młodzieży pióra Dr Mikołajskiego p. t. »Listy do syna. Rady i przestrogi dla żołnierza polskiego«.

Ponieważ powodzenie akcyi ostrzegawczej, zwłaszcza zapomocą ustnych wykładów, zależało bardzo od czynników, mających największy wpływ na lud, przeto komitet wykonawczy starał się w miarę możności uzyskać poparcie duchowieństwa i nauczycielstwa. W tym celu odnosił się komitet tak pisemnie, jakoteż i ustnie do władz duchownych ze skutkiem pomyślnym. Czynną współpracę nauczycielstwa starano się uzyskać przez ogłoszenie w »Czasopiśmie pedagogicznem«, (wydawanem przez Radę szkolną krajową w 7000 egz. i doręczanem każdemu nauczycielowi publicznemu), artykułów prof. Łukasiewicza: »Choroby weneryczne a młodzież«, oraz prof. Ciechanowskiego, jakoteż przez umieszczenie w »Muzeum«, organie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych i średnich, również stosownego artykułu (prof. Ciechanowskiego). Oprócz tego przedstawił przewodniczący komitetu osobny w tej sprawie referat Zjazdowi pedagogicznemu, zebranemu w r. b. w Krakowie. Organizując wreszcie pierwsze próbne wykłady dla absolwentów szkół krakowskich, oparto się na wynikach konferencyi, na którą zaproszono dyrektorów i katechetów wszystkich szkół. Rada szkolna krajowa poświęciła następnie sprawie takich wykładów osobne posiedzenie plenarne, na które jako znawców wezwała z grona Wydziału lekarskiego lwowskiego prof. Dr Łukasiewicza, z grona Wydziału krakowskiego — przewodniczącego komisyi dla sprawy chorób wenerycznych, dalej Dr Mikołajskiego ze Lwowa, autora wspomnianej już broszury i Dr Kuhna, referenta sprawy tej w Namiestnictwie. Na tem posiedzeniu, opierając się na wynikach próbnych wykładów krakowskich, ustalono normy wykładów dla młodzieży, a na zasadzie odbytych obrad wydała Rada szkolna krajowa osobny szczegółowy okólnik do szkół średnich.

Równocześnie z tem organizowano w całym kraju ustne wykłady i pouczenia. Dla ułatwienia pracy prelegentom na prowincyi postarał się komitet wykonawczy Wydziału lekarskiego krakowskiego o opracowanie przykładów takich wykładów popularnych i o wydanie ich drukiem (w 1000 egz.) kosztem Rządu. Są to wykłady: prof. Dr Rosnera — dla kobiet, prof. Dr Krzyształowicza — dla dorosłych mężczyzn, a prof. gimn. Dr med. Mojmira — dla młodzieży (wykład aprobowany przez Radę szkolną krajową). Druki te rozsyłano bezpłatnie.

Same wykłady zorganizowano w ramach Powszechnych Wykładów Uniwersyteckich i z pomocą Zarządu tych Wykładów, tak krakowskiego, jak i lwowskiego. Pracę rozdzielono w ten sposób, że Zarząd lwowskich Wykładów powszechnych objął Lwów i 6 powiatów, a resztą powiatów, wolnych od inwazyi i leżących poza linią bojową, oraz Krakowem, zajęła się organizacya krakowska. Z ogólnej liczby 62 powiatów, leżących (w czasie prowadzenia wykładów) z tej strony linii bojowej, objęto jednak siecią wykładów tylko 43; w innych nie było to możebne bądź z powodu bliskości frontu bojowego, bądź epidemii (duru plamistego), bądź z innych przyczyn (brak sali, brak prelegentów na miejscu, a niemożność delegowania ich skądinąd, — wyjątkowo, w dwu przypadkach, niechęć ludności, nawet inteligentnej).

Staraniem komitetu krakowskiego odbyło się w 89 miejscowościach 210 wykładów, przyczem osobno odbywały się wykłady dla dorosłych mężczyzn, osobno dla młodzieży męskiej, a osobno dla kobiet. Wszystkich słuchaczy było na tych wykładach 8947, a słuchaczek 12050, razem więc 20997 osób. Wszyscy prelegenci pracowali bezpłatnie, niektórzy ponosili nawet z własnych funduszów całe lub część kosztów urządzenia, jako ofiarę na rzecz publicznego dobra. Z wyjątkiem trzech kierowników i dwu kierowniczek szkół ludowych oraz jednego profesora gimnazyalnego byli prelegentami wyłącznie lekarze. Wszystkich prelegentów było 93, a mianowicie: profesorowie Krzyształowicz, Rosner, Dobrowolski, Nitsch, Reiss, Majewski, docenci Radliński i Zubrzycki, prym. Lachs, r. dr. Piotrowski, Bujak, Gieszczykiewicz, Kieczkowski, Kon, Korabczyńska, Mażylis, Markowa, Mayer, Mojmir, Radwańska, Rospędzihowski, Sikorska, Służewski, Fr. Walter, Weber, Weinsberg, Wyżykowska-Michejdzina (Kraków), Kwieciński, Dziewoński, Miodoński (pow. Biała), Hyżycki, Sikorska, Ligęza, Schmidt (pow. Bochnia), Łowczowski (p. Brzesko), Bargiel, Misky (p. Brzozów), Bednarski, Walkowski (p. Chrzanów), Kruczek, Konera (p. Cieszanów), Bujalski (p. Dąbrowa), Stangenhaus (p. Dobromil), Kraus, Ikałowicz (p. Dolina), Przesmycki, Ottenbreit, oraz kierownicy szkół pp. Rybińscy, Gajewscy i Konieczny (p. Gorlice), Udziela, Markl (Gródek jag.), Josse (Grybów), Szczepański (Jasło), Orski (Jaworów), Milewski (Kamionka), Mieroszewski, Trelski, Czapliński (Limanowa), Fleszar, Kuźniar, Maurer (Łańcut), Kropaczek (Mielec), Kowalewski (Myślenice), Bielatowicz, Hernich (Nisko), Jaworski, Dudziński, prof. gimn. Wiliński (Nowy Sącz), Türszmid, Miszke, Janikiewicz (Nowy Targ), Winogrodzki, Grzybowski (Oświęcim), Trzciński (Pilzno), Krok, Sawicki (Przeworsk), Sulkowski (Radziechów), Stokłosiński, Ożarowski, Lechowicz (Rawa ruska), Kuzniar (Ropczyce), Nieć, Szumski (Rzeszów), Jarocki (Sokal), Soniewicki (Stary Sambor), Loewy (Tarnobrzeg), Bujalski, Bobkowska (Tarnów), Bąkowski, Landau (Wadowice), Skórski, Spannbauer (Żywiec). Ile możności wykładali prelegenci miejscowi lub z bliskiego sąsiedztwa, jako najlepiej znani ludności i mający jej zaufanie; tylko do większych miast, jakoto Tarnowa, Nowego Sącza, Rzeszowa, wyjątkowo do mniejszych: Bochni, Dębicy i i. wyjeżdżali z Krakowa prelegenci, przedewszystkiem prof. Rosner, dalej prof. Krzyształowicz, Dr Fr. Walter, Sikorska, Wyżykowska-Michejdzina.

Praca lekarzy, zarówno organizujących, jak i wygłaszających wykłady, była wszędzie godna uznania. W niektórych jednak powiatach odznaczała się ona szczególną gorliwością; podnieść tu należy z jednej strony te przypadki, w których prelegenci nie zrażali się początkową obojętnością lub niepowodzeniem, z drugiej te, gdzie starano się z wykładami dotrzeć także do większych gmin wiejskich. Z tych względów osobna wzmianka należy się organizacyi wykładów w Bocheńskiem, zwłaszcza w okręgu Lipnickim, w Gorlickiem, Łańcuckiem, w Nowym Sączu, w Nowotarskiem, Tarnobrzeskiem. Również należy podnieść gorliwy udział lekarzy miejskich (siedmiu) w wykładach w Krakowie. Zaproszenie do czynnego udziału nauczycielstwa ludowego (w Gorlickiem) okazało się bardzo dobrem; wzorem, zasługującym na naśladowanie, jest peryodyczne powtarzanie pouczeń, połączonych z pouczeniami o innych chorobach zakaźnych (Nowotarskie).

Dla zorganizowania wykładów wysłało Biuro komitetu krakowskiego 799 listów, komunikatów, okólników i t. p., a odebrało 206.

Wydatki były następujące:

Koszt wykładów w Krakowie w r. 1916	568·60
Koszta wykładów na prowincyi (sale, obsługa, plakatowanie, podwody)	587·79
Honorarya prelegentów	— —
Koszta podróży prelegentów	189·72
Druki (afisze), przybory kancelaryjne, posługa	466·40
Manipulacya biurowa	— —
Opłaty pocztowe	211·62
Razem	2024·13

Koszt jednego wykładu wyniósł średnio tylko 9 K. 57, a to wskutek bezinteresownej pracy wszystkich prelegentów i biura, które prowadził przewodniczący komitetu, oraz ofiarności pieniężnej wielu prelegentów. Na pokrycie powyższych 'wydatków uzyskano od c. k. Namiestnictwa zasiłek w kwocie 2000 k.

Z ramienia lwowskich Powszechnych Wykładów Uniwersyteckich pod kierunkiem prof. Dr Cieszyńskiego odbyło się w 8 miejscowościach 35 wykładów, na których było 1960 mężczyzn i 2691 kobiet, razem 4651 osób. Prelegentów pracowało 20, wszyscy lekarze, a mianowicie: prof. Kucera (Lwów i Przemyśl), Łukasiewicz, Sieradzki, Mars, Dr Mikołajski, Switalska, Hojnacki, Bocheński, Czyżewicz, prym. Lenartowicz, Feuerstein, Andruszewski, Papée, Serbeński (Lwów), Bory, Hammerschmidt, Dwernicki (pow. Drohobycz), Turzański (Jarosław), Sobieszczański (Sambor), Kurasiewicz (Sanok). Koszta wyniosły 1680 k. 20 h., koszt jednego wykładu średnio 48 k. (Dane z d. 6. VII. 1917).

Razem dotąd w Galicyi od maja 1916 w 97 miejscowościach wygłosiło 113 prelegentów 245 wykładów, z których korzystało 25648 słuchaczy.

W sprawie wykładów w Królestwie porozumiewał się komitet krakowski tylko z gronem lekarzy w Lublinie, dokąd wysłał przykłady wykładów jeszcze przed ich wyjściem z druku i był gotów delegować kilku prelegentów z Krakowa. Znaczną przeszkodę stanowiły jednak trudności pocztowe i paszportowe, to też w końcu ograniczyły się wykłady lubelskie do prelegentów miejscowych. — Zjazdowi polskich higienistów w Warszawie w czerwcu 1917 przedłożono na życzenie Komitetu organizacyjnego Zjazdu referat w sprawie pouczenia i ostrzegania ludności (ogłoszony potem w »Zdrowiu« 1917 N. 8).

Z całej akcyi przesłano szczegółowe sprawozdanie Namiestnictwu. Wreszcie należy nadmienić, że do utworzonej, przez Namiestnictwo »Krajowej Komisyi dla zwalczania chorób wenerycznych« powołany został z Wydziału lekarskiego lwowskiego prof. Dr Łukasiewicz, obrany przewodniczącym tej komisyi, a z Wydziału krakowskiego przewodniczący komisyi wykonawczej Wydziału. Ta Krajowa Komisya odbyła tylko jedno posiedzenie. Starania komisyi wykonawczej Wydziału lek. krakowskiego o zwołanie dalszych posiedzeń nie odniosły dotąd skutku.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otwarcie i poświęcenie Krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie odbyło się 5. I. 1918 w obecności członków komitetu budowy: Dr Bernadzikowskiego, członka Wydziału krajowego, doc. Dr Mazurkiewicza, dyrektora Zakładu, inż. Klimczaka, kierownika budowy, prof. Dr J. Nowaka, prof. Dr J. Piltza, r. dw. inż. Sarego, wiceprezydenta miasta Krakowa, i inż. Ossowskiego. Imieniem Wydziału krajowego przemawiał Dr Bernadzikowski, podnosząc ofiarność Sejmu i dziękując wszystkim, którzy współdziałali w stworzeniu zakładu. Następnie zabrał głos imieniem Wydziału lekarskiego krakowskiego prof. Dr Piltz, zaznaczając, że otwarcie zakładu w Kobierzynie będzie miało w dziejach opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi epokowe znaczenie, ponieważ podniesie liczbę łóżek psychiatrycznych z 1400 na 2200 w kraju, gdzie jest wielki ich niedostatek (powinnoby być najmniej 4000 łóżek), oraz ponieważ pobudzi do tworzenia dalszych koniecznych zakładów, jakoto dla chorych przewlekle, dla epileptyków, alkoholików, idyotów i chorych kryminalnych. Dlatego należy się od społeczeństwa wdzięczność i uznanie wszystkim, którzy się przyczynili do budowy zakładu, w pierwszym rzędzie Sejmowi, Wydziałowi krajowemu, a zwłaszcza ś. p. Onyszkiewiczowi, Dr Bernadzikowskiemu, doc. Dr Mazurkiewiczowi i arch. Klimczakowi. W imieniu Wydziału lekarskiego wyraził prof. Piltz twórcom Kobierzyna szczere uznanie i złożył na ręce Szefa Departamentu sanitarnego i Dyrektora zakładu serdeczne życzenia, żeby ten nowy zakład jaknajpomyślniej spełniał swoje humanitarne zadania, jako zakład leczniczy, a z drugiej strony stał się nową placówką rzetelnej pracy naukowej.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 9. I. 1918 doroczne posiedzenie sprawozdawcze, na którem Zarząd Towarzystwa zdał sprawę za rok 1917, kol. Hładij przedstawił dwa przypadki z kliniki chirurgicznej, a kol. Fr. Walter miał wykład: »Znaczenie odczynu Wassermanna dla kontroli sanitarnej«.

— Prof. Dr Leon Konrad Gliński otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Lwów. Lwowskie Towarzystwo lekarskie wybrało na rok 1918 następujący Zarząd: prezes: prof. Dr Hornowski, wiceprezes: Dr Trzcieniecki, sekretarz stały: Dr Bocheński, sekretarz doroczny: Dr Demianowski, skarbnik: prym. Dr Lenartowicz, bibliotekarz: doc. Dr Orzechowski, gospodarz: prof. Dr Rencki.

— Docent otyatryi Dr Teofil Zaleski otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Redakcya otrzymała: Rzętkowski: Odbudowa kraju, a szpitalnictwo. Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego. Warszawa 1917 (z zapomogi Kasy im. Mianowskiego).— A. Pietrzycki: Okresowość życia naszego i jego dni krytyczne w świetle zjawisk przyrody ożywionej i martwej. Tarnów 1918. (Nakł. autora). — Seweryn Sterling: Zapalenia nerek w świetle poglądów tegoczesnych. (Odczyty kliniczne 1918. Zesz. 1—3).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 3. Kraków, 19. stycznia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęc. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 19. stycznia 1918 Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala epidemicznego kolumn sanitarnych K. B. K. w Tarnogrodzie.

Z serodyagnostyki duru plamistego

podali

Dr Kazimierz Dadej i Dr Marya Krahelska.

(Dokończenie).

Jest znanem z odnośnej literatury zjawiskiem, że prątki duru brzusznego aglutynują się również do pewnego stopnia z surowicą duru plamistego i że, jak to w większości przypadków istotnie spostrzedz mogliśmy. ich czułość na działanie tej surowicy wzrasta tu cokolwiek w dalszym przebiegu choroby. Odnośnych spostrzeżeń, opartych na każdorazowem niemal powtarzaniu odczynu Widala równolegle z odczynem Weila — nie wpisujemy w nasze tablice poza jednym Nr 1, ze względu na to, iż odczyn Widala, występujący tu wprawdzie niemal w 50% badanych przypadków i sięgający czasem rozcieńczeń $^1/_{100}$ i wyżej, jest tak słaby i tak nieraz w postaci odmienny od odczynu Widala przy durze brzusznym lub tego odczynu, który chociażby ze znakiem ± równocześnie notujemy dla X^{19}, że wymagałby wprowadzenia osobnej dla siebie skali. Pominąwszy parę przypadków, w których, jak się okazało, chorzy przechodzili niedawno dur brzuszny, odczyn Widala nie występował inaczej jak ±, do rozcieńczeń $^1/_{100}$ i $^1/_{150}$ w bardzo nielicznych tylko przypadkach, zwykle utrzymując się przez czas trwania gorączki przy $^1/_{50}$. Do tego poziomu natomiast podnosił się odczyn czasem już w pierwszych dniach gorączki, przed wystąpieniem odczynu Weila. Przebieg zwykły krzywej tego śladu odczynu Widala odpowiadałby mniej więcej obrazowi z tablicy Nr 1. Jak Starkenstein wspomina, równie wznoszenie się odczynu, jak spadek, są niezmiernie łagodne. Bezwątpienia fakt, że prątki duru brzusznego podlegają, choć w bardzo słabym stopniu, działaniu surowicy duru plamistego, przyczynia się do utrudnienia serologicznego rozpoznania tej choroby, zwłaszcza, iż w niektórych przypadkach surowica ta zaczyna na nie działać już wtedy, kiedy na X^{19} jeszcze nie działa.

Wracając jeszcze do odczynu Weila, podnieśćbyśmy chcieli zjawisko, zasługujące może na specyalne zbadanie i polegające na tem, iż w późniejszych okresach choroby, zatem przy opadaniu krzywej Weila, otrzymujemy nieraz wyniki ujemne lub niejasne w rozcieńczeniach niższych, gdy równocześnie w dość wysokich utrzymuje się jeszcze zupełnie wyraźny odczyn. Zjawisko to występowało niemal z reguły w spostrzeganych przez nas przypadkach. Po spadku do rozcieńczeń $^1/_{100}$ lub $^1/_{150}$ odczyn dodatni, utrzymując się jeszcze przez czas pewien lub nawet wznosząc się nieznacznie, zostaje niejako wyparty z rozcieńczeń niższych i urywa się nagle, mimo że słaby odczyn, odpowiadający znakowaniu ±, może jeszcze sięgać wysokich rozcieńczeń i trwać długo. Fuchs, który, o ile nam wiadomo, pierwszy na coś podobnego zwraca uwagę, tłómaczy to zjawisko przez występowanie w tym okresie w surowicy ozdrowieńców związków, przeciwdziałających zlepianiu. Jakkolwiek tłómaczenie to zdaje się być wygodnem, zjawisko samo, sądzimy, zbyt mało było jeszcze badane, aby tłómaczone być mogło.

Podobnie trudne do wyjaśniania jest występowanie zaburzeń w przebiegu krzywej Weila, jej bardzo częsta dwuwierzchołkowość. (Tabl. 6, 9. 10). Czy i o ile takie parokrotne wznoszenie się i opadanie miana odczynu Weila uzależnić się da od odpowiednich wahnień ciepłoty, to trudno ustalić. W niektórych przypadkach wtórne zachorowanie ozdrowieńca może wywoływać ponowne nieznaczne podniesienie się krzywej Weila. (Tabl. Nr 8, może Nr 11). W kilku przypadkach śmiertelnie przebiegającego duru plamistego stwierdzaliśmy stale dość nagłe wznoszenie się miana w dniach, bezpośrednio poprzedzających śmierć, — chociażby nawet nie występowało równoczesne zwiększenie gorączki. Tu zatem przyczyna zdaje się stanowczo leżeć gdzieindziej, niż w zmianach ciepłoty.

Taksamo tłómaczyć nie moglibyśmy zgoła sprawy istnienia tak wybitnych różnic między przebiegiem krzywej Weila u poszczególnych chorych. Staraliśmy się tylko różnice te usystematyzować, tworząc nasze trzy typy. Prawdopodobnie przy większym materyale zgrupowanie ich mogłoby wypaść jeszcze odmiennie, a napewno dałoby się przeprowadzić ściślej.

W materyale, obejmującym 16 przypadków choroby, mogli Weil i Felix wyróżnić dwa zasadniczo odmienne typy przebiegu odczynu Weila, robionego z użyciem X^{19}. »Pierwszy typ tworzą przypadki, w których aglutynacya występuje wcześnie (do czwartego dnia), osiąga szybko wysokie wartości miana i dosięga rozcieńczeń 1:5000, czasami znacznie wyżej. Drugi typ natomiast wykazuje przy znacznie późniejszem występowaniu odczynu, przez czas pewien odczyny, dosięgające tylko rozcieńczeń 1:25 i 1:50, w okresie najwyższego natężenia wysokość miana nie przekracza 1:500, utrzymując się zwykle poniżej tej wartości«.

Jeżeli uwzględnimy wysokość miana i czas występowania odczynu, będziemy musieli uważać, że cały nasz materyał odpowiada temu drugiemu typowi Weila i Felixa. Różnice natomiast, jakie między I. a II. naszym typem istnieją, odpowiadałyby dość dobrze różnicom między dwoma typami, opisywanymi przez tych autorów.

Zestawiając nasze spostrzeżenia, dochodzimy do takich wniosków:

Odczyn Weila-Felixa, wykonywany ze szczepem X^{19}, daje wynik dodatni w 97·15% badanych przypadków duru plamistego i okazuje się ściśle dla tej choroby swoistym.

W rozcieńczeniach, od których począwszy za miarodajny może być uważany, występuje średnio w 8. dniu cho-

roby, — w 25% badanych przypadków po 13. dniu, t. j. już po spadku gorączki. Stąd posiadać on może doniosłe znaczenie praktyczne nietyle dla rozpoznania choroby, ile dla jej stwierdzenia w klinicznie niejasnych przypadkach.

Krzywa odczynu Weila, zestawiona razem z krzywą gorączki (w ten sposób, aby oś odciętych podawała dni choroby, oś rzędnych wysokości miana dla pierwszej, a stopnie gorączki dla drugiej) zdaje się okazywać pewną zależność od przebiegu gorączki. W większości przypadków mianowicie wierzchołek krzywej Weila będzie przy takiem zestawieniu leżeć bezpośrednio na lub obok nagłego spadku krzywej gorączki. Istnieje też w odnośnej literaturze tendencya do ujęcia tej zależności w regułę, orzekającą, że nagłe wznoszenie się wysokości miana odczynu Weila odpowiada okresowi spadania gorączki.

Ponieważ jednak w 30% mniej więcej ze spostrzeganych przez nas przypadków (typ II naszych tablic) najwyższe wartości miana zostają osiągnięte dopiero w kilkanaście dni po spadku gorączki, a odsetek ten zbyt jest duży, aby tu o wyjątkach było można mówić, — regułę powyższą możemy przyjąć tylko z tem zastrzeżeniem, że odnosi się ona do jednego tylko typu przebiegów odczynu Weila.

Ten typ zdaje się obowiązywać tam, gdzie choroba ma przebieg normalny, gorączka opada nagle i zdrowienie trwa krótko.

Sprawę zależności przebiegu odczynu Weila, czy to od przebiegu choroby wogóle i ewentualnych jej powikłań, czy chociażby specyalnie od wahnień ciepłoty, — uważamy za zbyt mało zbadaną, aby tłómaczona być mogła. Należałoby przedewszystkiem przez zebranie dużego materyału spostrzeżeń, pochodzącego z różnych ognisk epidemii, ale zbieranego z użyciem ściśle tychsamych metod — ustalić i uzupełnić bardzo jeszcze skąpe i nieraz niezgodne ze sobą dane, jakie odnośnie do odczynu Weila literatura posiada.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).

Odczyny serologiczne przy raku

podał

Doc. Dr. J. Zubrzycki.

(Dokończenie).

Znakomite początkowo wyniki odczynu komórkowego (100% przy raku, a 0% w innych schorzeniach) zostały z czasem przez innych badaczy i samych wynalazców odczynu zredukowane do cyfr, jakie i inne powyżej omawiane odczyny w odniesieniu do raka wykazują, nie przekraczały bowiem 80% wyników dodatnich przy raku, dając równocześnie dodatni wynik w 25% przypadków innych cierpień. W odniesieniu do odczynu komórkowego nadmienić tutaj można, że nie każdy rodzaj nowotworu nadaje się do sporządzenia odpowiednio czułej zawiesiny, którąby mogła służyć do doświadczeń. Nieraz całe szeregi różnego rodzaju raków trzeba przerobić, nim wreszcie uda nam się wyszukać zawiesinę, której można użyć do doświadczeń. Zawiesinę komórek rakowych, przechowywaną w lodowni, miesza się z surowicą badaną w małych probówkach i przy pomocy stolika, używanego do liczenia ciałek czerwonych krwi, oblicza się średnią ilość komórek rakowych w 1 mm³, poczem po kilkugodzinnem staniu w cieplarce o ciepłocie 37° C. przelicza się powtórnie. Z różnicy obydwu tych obliczeń wnosimy o własnościach badanej surowicy.

Przechodzę wreszcie do omówienia ostatniego odczynu jaki jeszcze dzisiaj stosujemy w celach rozpoznawczych przy raku, to jest do odczynu meiostagminowego, podanego przez Ascolego. Polega on na tem, że przy połączeniu odpowiedniego antygenu z odpowiednim niwecznikiem powstaje cały szereg chemiczno-fizycznych zmian, które wykazać się dają przy pomocy różnych metod badania (Weichardt). Między innemi następuje również obniżenie się napięcia powierzchniowego w danym płynie, które znowu objawia się zwiększeniem liczby kropli pewnej stale i ściśle określonej ilości płynu. Zjawisko to, czysto fizycznej natury, ma zdaniem Ascolego powstawać pod wpływem ciał, nazwanych przez niego meiostagminami, a wytwarzających się podczas połączenia się ciał obronnych (niweczników) z antygenem, zawierającym ciała tłuszczowate (lipoidowe). Początkowo Ascoli i jego uczniowie posługiwali się tą metodą badania w celu udowodnienia, że podczas odczynów serologicznych w ogólności zachodzą w badanych cieczach zmiany czysto fizycznej natury.

Dopiero później Ascoli przeniósł swoje spostrzeżenia, robione głównie z wąglikiem, na pole serodyagnostyki raka. Jako antygenu używał początkowo wyciągów wyskokowych z tkanki nowotworowej, które w odpowiednim procencie po oznaczeniu wartości antygenu mieszał z surowicą badaną. Antygeny takie jednak bardzo prędko się psuły i stawały się niezdatne do dalszego użytku. Dlatego to z czasem zastąpiono je wyciągami alkoholowymi z trzustki (Micheli i Catoretti), antygenem przyrządzonym z lecytyny (Lueger i Köhler), lub z kwasu mirystylowego i żelatyny (Izar). Ostatnio z dobrym wynikiem stosuje się antygen, zrobiony w bardzo prosty sposób, jako rozcieńczenie kwasu linolowego i rycynolowego w wyskoku etylowym.

Zmiany, powstające w napięciu powierzchniowem po połączeniu któregokolwiek z wyżej wspomnianych antygenów z surowicą rakową, mierzymy zapomocą bardzo prostego przyrządu, t. z. stalagmometru Traubego. Różnice, zachodzące w ilościach kropel, zależą nietylko od rodzaju surowicy, lecz także od rodzaju użytego do doświadczenia antygenu i wykazują z surowicami osób rakowych wahania od 2 do 8 kropli. Z surowicami osób zdrowych nie powinniśmy nigdy, o ile dobrze wyznaczymy wartość antygenu, otrzymywać wahnień większych nad jedną kroplę. Technika odczynu bardzo prosta i nie przedstawia żadnych trudności. Z każdą surowicą nastawiamy zawsze po dwa doświadczenia: pierwsze z surowicą i fizyologicznym rozczynem soli kuchennej (1 cm³ surowicy + 9 cm³ NaCl fizyol. rozczyn), drugie z surowicą (1cm³), rozczynem fizyologicznym soli kuchennej (9 cm³) i antygenem linoloworycynolowym (0·01 cm³). Próbę nastawia się w próbówkach, szczelnie korkami gumowymi zamkniętych, które wkłada się następnie na dwie godziny do łaźni wodnej o ciepłocie 50° C., poczem dopiero po ostygnięciu płynów przelicza się ilość kropli przy pomocy stalagmometru. Surowice osób, dotkniętych rakiem, wykazują pomiędzy pierwszem a drugiem doświadczeniem różnice, których z surowicami osób zdrowych nie powinniśmy otrzymywać.

Wyniki powyższego odczynu są nieco lepsze niż przytaczanych powyżej, gdyż według ostatnio ogłoszonych prac ilość wyników dodatnich, uzyskanych tą metodą, wynosi przy raku około 90%, ilość zaś wyników dodatnich u osób zdrowych zaledwo około 1%. Z własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że prócz rakowych surowic także i surowice osób gruźliczych bardzo często dają dodatni odczyn meiostagminowy.

Rodzaj odczynu	Procent dodatnich wyników	
	przy raku	przy innych chorobach
Odczyn precypitacyjny	30	—
„ izohemolityczny	40	—
„ heterohemolityczny	51	14
„ z jadem kobry	81	10
„ z odchyleniem komplementu	81·2	50·7
„ antytrypsynowy	85	30
„ Abderhaldena	95	5
„ skórny	89	6
„ komórkowy	80	25
„ meiostagminowy	90	1

Powyżej zebrałem w ogólnych zarysach wszystkie mniej więcej najważniejsze odczyny serologiczne, które stosowano w celach dyagnostycznych przy raku. Z punktu widzenia teoretycznego, jak niemniej i z punktu widzenia praktycznego bardzo ważnem wydaje mi się spostrzeżenie, którego nie mogę tutaj pominąć milczeniem. Mam tu na myśli wyniki badań, przeprowadzonych przy pomocy wszystkich tych powyżej opisanych metod z surowicami kobiet ciężarnych, rodzących i położnic. Badania te stwierdziły niezbicie, że surowice tych osób, i to ciężarnych już w bardzo wczesnych okresach ciąży, dają z reguły dodatnie wyniki przy zastosowaniu któregokolwiek z wyżej opisanych odczynów. Łatwo zrozumieć, że zjawisko to obniża znacznie już i tak problematyczną wartość rozpoznawczą tych odczynów.

A jeżeli teraz zastanowimy się nad ich praktycznem znaczeniem i nad ich zastosowaniem w celach klinicznych, to musimy dojść do przekonania, że wobec cyfr, zestawionych tu w tablicy, nawet dwóch odczynów najlepsze dających wyniki (odczyn meiostagminowy i odczyn Abderhaldena) w celach rozpoznawczych przy raku zastosować nie możemy. Do dziś dnia więc nie dostarczyła nam serologia metody, przy pomocy której moglibyśmy umożliwić sobie rozpoznanie raka przy równoczesnem wykluczeniu innych cierpień. Chociaż jednak odczyny, o których pokrótce wspomniałem, nie doprowadziły do praktycznego celu i nie pozwoliły na wypracowanie metody serodyagnostycznej, swoistej dla raka, nie możemy im odmówić znaczenia, i to znaczenia bardzo ważnego z punktu widzenia teoretycznego. Przyczyniły się one bowiem niemało do poznania własności surowic rakowych, uwydatniły z jednej strony ich odrębność od surowic prawidłowych, z drugiej zaś strony ujawniły analogiczność oddziaływania z surowicami przy rozmaitych stanach patologicznych i fizyologicznych, różniących się niewątpliwie zarówno istotą swoją jak i etyologią od spraw, wchodzących w grę przy nowotworach złośliwych, a posiadających z nimi tę tylko wspólną cechę, że wiodą również, jak te ostatnie, do wzmożonego rozpadu substancyi organicznej w ustroju.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. rezerwowego szpitala Nr 1. we Lwowie.

O przewlekłej sinicy kończyn z przerostem części miękkich
(akroasphyxia chronica hypertrophica).

Podał

Dr Jakób Rothfeld,

asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego, obecnie starszy lekarz wojskowy, kierownik oddziału.

Nazwa »akroasphyxia chronica hypertrophica« pochodzi od Cassierera [1]); w nielicznych pod tą nazwą opisanych przypadkach spotykamy jako najważniejsze objawy powiększenie i powoli rozwijającą się sinicę rąk i stóp. Powiększenie obwodowych części kończyn dotyczy tylko części miękkich, zwłaszcza tkanki podskórnej; kościec jest niezmieniony. Skóra jest zasiniała, sinica na rękach jest znacznie silniejsza, niż na nogach, na grzbiecie ręki znacznie silniejsza, aniżeli na dłoni. Sinica rozprzestrzenia się na przedramię względnie na goleń; zasiniałe części ciała są chłodniejsze, niż sąsiednie. Skóra jest miękka, soczysta, niezrosła z podstawą, przesuwalna i nie wykazuje zmian troficznych. Paznokcie nie są zmienione. Bóle mogą czasem występować, nie są jednak znaczne. Zaburzenia czuciowe spostrzegano w kilku przypadkach.

Przypadki przewlekłej sinicy z przerostem opisali Pelm [2]), Barker-Sladen [3]), Kartje [4]), Gasne et Souques [5]).

Cassierer uważa ten zbiór objawów za pokrewny z chorobą Raynauda, od której różni się on brakiem napadowego zblednięcia rąk, brakiem bólów, zaburzeń troficznych, powolnym rozwojem sinicy i przerostem części miękkich. W rozpoznaniu różniczkowem mogą wchodzić w rachubę histerya, jamistość rdzenia (syringomyelia), akromegalia i »ostéopatie hypertrophiante pneumique«. Co do histeryi, to rozstrzygnięcie jest czasem trudne, gdyż akroasfiksya może istnieć u tego samego chorego obok, a jednak niezależnie od histeryi. Na ten szczegół zwrócił uwagę Cassierer, przyczem opierał się na własnych spostrzeżeniach i na przypadkach zebranych z piśmiennictwa.

Brak zaników mięśniowych, prawidłowa pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni, brak zaburzeń czucia, charakterystycznych dla jamistości rdzenia, pozwala wyłączyć syringomyelię. Przeciw akromegalii przemawia brak zmian w kośćcu, prawidłowe siodło tureckie, brak prognacyi, prawidłowe pole widzenia i t. d. Brak zniekształtnienia palców, zmian w kościach i zmian paznokci przemawia przeciw chorobie Mariego.

W dotychczas opisanych przypadkach zmiany usadowione były symetrycznie po lewej i prawej stronie. W przypadkach, przezemnie spostrzeganych, była tylko jedna ręka zmieniona, druga była albo zupełnie zdrowa, albo wykazywała nieznaczne tylko zmiany.

P r z y p a d e k I. Sch., lat 33, badany w lutym 1917. Z zawodu woźnica. Służy w wojsku od marca 1915 r., przez 8 miesięcy, t. j. aż do czasu wystąpienia obecnej choroby, na froncie włoskim. Z końcem zimy 1915/16 pracował na pozycyi w śniegu, wśród silnych mrozów; schronisko, w którem sypiał, było zimne i wilgotne. W tym czasie zauważył, że jego ręce i nogi sinieją; po kilku tygodniach wystąpił obrzęk lewej ręki, a po dalszych dwóch tygodniach poczęła obrzękać ręka prawa. Lewa była znacznie więcej obrzękła. Kończyny nigdy nie były odmrożone. Chorego odesłano z frontu; był leczony w szpitalach etapowych, potem w głębi kraju, kąpielami, elektryzowaniem i miesieniem. Stan polepszył się tylko o tyle, że nieznaczny obrzęk na p r a w e j ręce ustąpił, natomiast l e w a ręka powiększała się coraz bardziej, a sinica była znaczniejsza. Szczególnie w zimie obrzękała i siniała ręka tak silnie, że była prawie czarna. W cieplejszej porze stan się polepszał, jednak obrzęk nie znikał nigdy całkowicie. Dwumiesięczne leczenie w Piszczanach, od końca listopada 1916 do końca stycznia 1917, nie odniosło żadnego skutku. Ręka lewa powiększa się i w ostatnich czasach, a obrzęk rozprzestrzenia się powoli na przedramię; pogorszenie postępuje powoli, chory nigdy nie zauważył nagłej zmiany. Na prawej ręce i na stopach utrzymuje się sinica w tem samem nasileniu, jak w początkach choroby.

Chory podkreśla niekorzystny wpływ zimna, pod którego wpływem lewa ręka więcej obrzęka, co bywa połączone z nieznacznymi bólami. W cieple obrzęk znowu nieco ustępuje. Prawa ręka i stopy nie obrzękają na zimnie, tylko sinica się powiększa. Oprócz wspomnianych tępych bólów w lewej ręce skarży się chory często na bóle w prawym stawie barkowym i w obu kolanach. W ostatnich czasach wystąpiło upośledzenie ruchów ręki lewej, podobno wskutek bólów w stawie nadgarstkowym; chory nie może tą ręką tak dobrze władać, jak prawą; nigdy nie zauważył nagłego zblednięcia rąk.

Do wojny Sch. zawsze był zdrów, nigdy nie miał odmrożonych kończyn, nawet w czasie największych mrozów. W czasie służby wojskowej na pozycyach występowały od czasu do czasu pod wpływem zimna zaburzenia pęcherzowe; Sch. musiał często

1) Die vasomot. troph. Neurosen. Berlin 1913.

2) Nouv. Iconogr. XVI.
3) Nouv. Iconogr. 1907.
4) Arch. f. Kdhkd. B. 53.
5) Nouv. Icon. 1895 (cyt. według Cassierera).

mocz oddawać i pęcherz natychmiast opróżniać, skoro tylko uczuł parcie na mocz. Bezwiedne moczenie we śnie zdarzało się tylko kilka razy. Zaburzenia te ustąpiły.

Stan obecny: Lewa ręka większa od prawej, grzbiet ręki lewej i palce zgrubiałe, zwłaszcza palec IV. i V.; pierwsze członki palców są więcej zgrubiałe, aniżeli końcowe, środkowe członki palca wskazującego i środkowego więcej zgrubiałe, niż innych palców. Dłoń jest również poduszkowato zgrubiała, jednak w mniejszym stopniu, aniżeli grzbiet ręki. Dolna trzecia część przedramienia jest również zgrubiała. Skóra nad lewą ręką i dolną częścią przedramienia silnie zasiniała, ciemnoniebieska; w ciągu badania w ciepłym pokoju zmienia się jej barwa powoli na czerwonawoniebieską. Nad pierwszym palcem i nad małymi stawami sinica jest znaczniejsza, niż w częściach sąsiednich. Mniej więcej w połowie przedramienia słabnie sinica, przechodzi w skórę marmurkowaną i ciągnie się po zewnętrznej stronie przedramienia ku łokciowi. Skóra nad łokciem jest znowu wybitniej zasiniała, jednak nie w tym stopniu, co ręka. Dłoń i dłoniowa strona palców jest mniej sina, aniżeli grzbiet ręki; po wewnętrznej stronie przedramienia sięga sinica do górnej trzeciej części tak, że zgięcie łokciowe jest już zupełnie prawidłowe. Skóra nad lewą ręką jest gładka, nieco lśniąca, ucisk na skórę pozostawia zagłębienie i białą plamę, które wnet znikają. Paznokcie niezmienione. Dłoń wilgotna.

Na prawej ręce również znaczna sinica, jednak o wiele mniejsza, niż na lewej, z domieszką zabarwienia czerwonego; to zabarwienie skóry rozprzestrzenia się na przedramię, mniej więcej do tej samej wysokości, co i na lewej kończynie. Poza tem skóra jest niezmieniona, obrzęku niema, rysunek naczyń powierzchownych i ścięgien wyraźny. Zabarwienie i ciepłota rąk zmienia się zależnie od ciepłoty zewnętrznej; lewa ręka prawie czernieje na zimnie i jest zwyczajnie zimniejsza od prawej.

Zmiany czuciowe: nieznaczne obniżenie czucia bolu w zasiniałych częściach skóry na lewej kończynie górnej, na dłoni czucie bolu prawie prawidłowe. W tem samem rozmieszczeniu obniżenie czucia dotyku, które to zaburzenie nasila się ku dołowi. Czucie ciepła w dolnej trzeciej części przedramienia i na ręce prawie zniesione, czucie zimna zupełnie zniesione; zaburzenia czucia ciepła. Górna granica tych zaburzeń czuciowych odcina się ostro. W obrębie sinicy na prawej kończynie górnej jest czucie bólu może nieco obniżone w porównaniu z przyległemi zdrowemi częściami skóry. Dotyk prawidłowy. Czucie zimna zniesione, ciepła obniżone; czucie głębokie obustronnie zachowane.

Ruchy lewej ręki i palców nieco ograniczone. Przy użyciu siły odczuwa chory ciągnące bóle w przedramieniu. Zaników mięśniowych niema; pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów obustronnie prawidłowa. Ruchy ręki prawej prawidłowe.

Grzbiet stóp i skóra około kostek znacznie zasiniałe, jednak nie jednostajnie, gdyż wśród sinicy są jasne przestrzenie prawidłowej lub czerwonawo zabarwionej skóry. Palce u nóg są prawie zupełnie prawidłowe, podeszwy blade. Ucisk na skórę wywołuje białą plamę, która natychmiast znika. Sinica sięga około 4 palce powyżej kostek. Na goleni rozległe brunatne zmiany barwikowe po wrzodach. Skóra nad kolanami zasiniała, tu i ówdzie czerwone plamki; na udach lekkie marmurkowanie skóry. W obrębie zasiniałych części skóry stwierdza się obniżenie czucia zimna i ciepła przy utrzymaniu czucia bólu i dotyku.

Odruchy ścięgienne zarówno na kończynach dolnych, jak i górnych, żwawe, równe.

Pnie nerwowe niebolesne na ucisk. Odruchy skórne prawidłowe. W nerwach mózgowych niema zmian. Odruchy rogówkowe i gardłowe obustronnie żwawe. Pole widzenia prawidłowe. Lekkie wrodzone opadnięcie powiek górnych. Odstające uszy. Dermografia wzmożona, wzmożone pocenie się, w lewej pasze silniejsze, niż w prawej. Mechaniczna pobudliwość mięśni nie wzmożona. Z wyjątkiem wspomnianych zaburzeń czuciowych na rękach i nogach czucie skórne na całem ciele prawidłowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. W obu stawach kolanowych, barkowych i w lewym stawie nadgarstkowym trzeszczenia przy ruchach biernych.

Odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny. Zdjęcie rentgenowskie rąk wykazuje prawidłową budowę kośćca i powiększenie cienia na ręce lewej, pochodzącego od części miękkich.

W przypadku tym rozwinęła się skutkiem zadziałania zimna sinica kończyn z obrzękami rąk. Obrzęk ręki prawej wkrótce ustąpił, a pozostała tylko, podobnie jak na stopach, sinica. Na lewej ręce choroba rozwijała się dalej, ręka powiększała się mimo leczenia coraz więcej, a obrzęk rozprzestrzeniał się na przedramię. Sprawa chorobowa ograniczyła się zatem na ręce prawej i na stopach do przewlekłej sinicy, na lewej ręce zaś postępowała i doprowadziła do przewlekłego obrzęku części miękkich bez zmian w kośćcu. Nigdy nie było znaczniejszych bólów; chory skarży się na bóle stawowe, a przedmiotowo stwierdza się trzeszczenie w stawach kolanowych i barkowych, wskazujące na przewlekłą sprawę stawową. Nigdy nie było napadowego zblednięcia kończyn. Przebieg choroby i obraz kliniczny odpowiada zupełnie przypadkom, opisanym przez Cassierera. W rozpoznaniu różniczkowem może wchodzić w rachubę jamistość rdzenia i histerya. Przeciw jamistości rdzenia przemawia brak zaników mięśniowych, prawidłowy odczyn elektryczny nerwów i mięśni, nagłe wystąpienie sinicy na wszystkich kończynach po zadziałaniu zimna, w końcu jakość zaburzeń czuciowych. Mamy tu wprawdzie zaznaczone rozszczepienie czucia, jednak ten sposób rozmieszczenia zaburzeń czuciowych, ostra granica górna na kończynach górnych, symetryczne zmiany na dolnych, nie należy do obrazu jamistości rdzenia. Przy przewlekłej sinicy opisali tego rodzaju zmiany czuciowe Cassierer, Barker i Sladen, Kartje. Przeciw histeryi przemawia w naszym przypadku brak innych objawów histerycznych.

Podnieść należy w tym przypadku różnicę w nasileniu objawów chorobowych na poszczególnych kończynach; najbardziej dotknięta jest lewa ręka, mniej prawa, a najmniej stopy, na których nietylko sinica, ale i zaburzenia czuciowe są najmniej zaznaczone. Ta różnica może się jeszcze wybitniej zaznaczyć, jak to wykazuje przypadek następny:

Przypadek 2. K. lat 25. W dzieciństwie przebył krzywicę, błonicę, płonicę z zapaleniem ucha wewnętrznego i odrę, w 11. lub 12. roku życia nieżyt krtani. Do 15. roku życia bezwiedne moczenie w nocy. Potem był zdrów; czasem tylko skarżył się na bole dołem brzucha, prawdopodobnie skutkiem skłonności do przepukliny.

W kwietniu 1913 r. zachorował wśród gorączki, bólu gardła i bólów we wszystkich stawach. Szczególnie bolesne były małe stawy rąk, stawy kolanowe i skokowe, które wkrótce potem obrzmiały. Choroba trwała przez 6 tygodni i ustąpiła pod wpływem aspiryny, środków napotnych i okładów. Potem chory pracował przez 3 miesiące; przy zmianie pogody miewał bóle w stawach. Po 3 miesiącach przeziębił się i dostał nawrotu choroby; leżał przez 4 tygodnie w łóżku. Od tego czasu skarżył się często na bóle stawowe. Następnej zimy, 1913/14, zauważył chory, że ręce jego łatwo na zimnie sinieją i nabrzmiewają; w cieple znikał obrzęk i sinica. Tosamo zauważył w zimie 1914/15, z tą różnicą, że ręka lewa znacznie więcej obrzmiewała, aniżeli prawa. W ciepłym pokoju obrzęk prawej ręki znikał zupełnie, lewej zaś w znacznie mniejszym stopniu, tak, że i następnego lata był wyraźnie widoczny. W jesieni 1915 roku znaczne pogorszenie na ręce lewej, która się coraz bardziej powiększała. Bólów w rękach chory nie miał. Ruchomość rąk była utrzymana, chory nie posługiwał się jednak lewą ręką z powodu obrzęku. W jesieni, a potem w zimie 1916 r. dalsze pogorszenie, ręka dalej się powiększała, sinica wzrastała, a ruchomość palców lewej ręki stawała się coraz gorszą. Z wzrastającym obrzękiem przykurczenie palców powiększało się, tak że chory z trudnością tylko rękę otwierał. Przy ruchach w stawie łokciowym ma chory uczucie ciągnienia w przedramieniu; bólów nie ma. Chory był w ciągu wojny dwa razy zwolniony z powodu guzów krwawniczych i wypadnięcia odbytnicy; obecnie przysłany został z komisyi asenterunkowej celem stwierdzenia choroby.

Stan obecny (w lutym 1917): Lewa ręka znacznie powiększona, grzbiet poduszkowaty; palce zgrubiałe, zgięte we wszystkich stawach, tylko duży palec jest wyprostowany i przylega do palca wskazującego. Skóra jest sina, tylko miejscami widoczne są jaśniejsze części skóry; dolny odcinek przedramienia (około 4—5 cm powyżej stawu nadgarstkowego) marmurkowany. Sinica słabnie ku górze tak, że w górnej trzeciej części przedramienia skóra jest prawie prawidłowa. Skóra nad lewą ręką jest gładka, miękka, bez połysku, bez zmian odżywczych; ucisk na rękę wywołuje zagłębienie i białą plamkę, które natychmiast znikają. Skóra nad stawami palców czarno-sina. Paznokcie niezmienione. Chory nie może sam ręki otworzyć. Biernie udaje się palce otworzyć, wracają one jednak wnet do pierwotnego położenia. Skóra na dłoni i dłoniowej stronie palców blada, wilgotna, poduszkowata, cieplejsza, niż na grzbiecie ręki. Dolna trzecia część przedramienia również zgrubiała, zwłaszcza strona łokciowa. Przy zwieszaniu ręki lewej lub na zimnie sinica wzrasta, skóra staje się czarno-siną; podobnie w zimnej

wodzie. W ciepłej wodzie występują na tle zasiniałej skóry czerwone plamy.

Ruchy w stawie nadgarstkowym prawie zupełnie zniesione; przy ruchach biernych znaczny opór. W stawie łokciowym chory wykonywa powolne ruchy, przyczem odczuwa bole w przedramieniu. Przy zginaniu przedramienia wyskakuje nerw łokciowy ze swego rowka, przyczem chory nie odczuwa parestezyi w zakresie tego nerwu.

Poniżej zgięcia łokciowego obniżenie czucia bólu, które nasila się ku dołowi, tak, że w dolnej trzeciej części przedramienia i na grzbiecie ręki czucie bolu jest zupełnie zniesione. W tych samych granicach i w tym samym stopniu zaburzenia czucia zimna; czucie ciepła jest znacznie obniżone, ale nie całkowicie. Górna granica tych zaburzeń czuciowych jest ostra; w miejscach zupełnego zniesienia czucia bolu jest czucie dotyku miernie obniżone, wyraźniej na grzbiecie ręki, aniżeli na dłoni, w miejscach obniżenia czucia bolu jest czucie dotyku prawidłowe.

Prawa ręka jest wielkości prawidłowej, skóra na niej lekko zasiniała, marmurkowana, paznokcie sine, bez zaburzeń troficznych. Ucisk na skórę wywołuje białą plamę bez zagłębienia. Sinica sięga do połowy przedramienia. Ukłucie igłą chory wszędzie dobrze odczuwa, może nieco słabiej, aniżeli na innych zdrowych częściach skóry. Czucie zimna aż do połowy przedramienia prawego zniesione, górna granica ostra. Czucie ciepła obniżone; dotyk zachowany. Ruchomość ręki prawej zupełnie prawidłowa. Brak zaników mięśniowych na obu rękach. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni prawidłowa. Odruchy na kończynach górnych żwawe, równe.

Dermografia i mechaniczna pobudliwość mięśni nie zwiększona. Wzmożone pocenie się w prawidłowej ciepłocie pokojowej. Odruchy skórne prawidłowe. Ruchomość kończyn dolnych prawidłowa, odruchy żwawe, równe. Na skórze stóp niema zmian. Czucie prawidłowe. Nerwy mózgowe wolne. Źrenice oddziałują. Odruchy na głowie prawidłowe. Pole widzenia bez zmian. W sercu i płucach niema zmian. Trzeszczenie w stawach kolanowych i barkowych. Zdjęcie rentgenowskie lewej ręki i stawu łokciowego wykazuje stosunki prawidłowe. Odczyn Wassermana we krwi ujemny.

W przypadku tym wystąpiła sinica i obrzęk rąk po ostrem zapaleniu stawów. Obrzęk ręki prawej wnet ustąpił, na lewej zaś coraz bardziej się powiększał. W początkowym okresie choroby nasilenie sinicy i obrzęku lewej ręki uległy pewnym wahaniom, później jednak obrzęk stopniowo, ale stale się zwiększał. W czasie pogorszenia się choroby w zimie 1916/17 wystąpiło ograniczenie dowolnych ruchów lewej ręki, które postępowało coraz więcej, aż doszło do obecnego stanu. To zaburzenie ruchowe przypomina ustawienie palców, opisane w jednym przypadku przez Cassierera (przypadek G.), w którym palce dały się wprawdzie wyprostować, ale wnet wracały do pierwotnego położenia; podobne nieprawidłowe ułożenie palców spostrzegano w innym przypadku (W) Cassierera. W naszym przypadku możnaby myśleć o przykurczeniu histerycznem. Przeciw temu przemawia brak innych objawów histerycznych, a nadto okoliczność, że zaburzenia ruchowe wystąpiły dopiero po 2-letniem trwaniu sprawy chorobowej.

W odróżnieniu od pierwszego przypadku są dolne kończyny w tym przypadku zupełnie wolne. Prawa ręka wykazuje podobnie, jak w pierwszym przypadku, znacznie mniej zmian, aniżeli lewa. W obu przypadkach wskazują zaburzenia czuciowe na schorzenie ręki prawej, która pozornie sprawia wrażenie zupełnie zdrowej.

Istnieją przypadki, w których istotnie tylko jedna ręka jest chora, druga zaś zupełnie zdrowa.

P r z y p a d e k 3. Badany w lutym 1917, S. 24 lat. W dzieciństwie płonica, przed 9 laty dur brzuszny. Obecna choroba rozpoczęła się przed 4 laty w zimie, parestezyami w lewej ręce i lewem przedramieniu; chory odczuwał wtedy mrowienia i drętwienia w ręce. Bolów nie miał. Równocześnie ręce poczęły sinieć, lewa więcej, aniżeli prawa. Obrzęku nie było. Po kilku tygodniach wystąpiły bole w lewem przedramieniu i w lewej ręce, która stopniowo poczęła się powiększać i coraz więcej siniała. Bole były dość silne, jednak nie napadowe. Stan pogarszał się dalej stopniowo; w czasie pogody i w cieple bole ustawały, obrzęk zmiejszał się, jednak nie znikał zupełnie.

Chory zaznacza, że nasilenie bolów zależało od stopnia obrzęku, że ze wzrostem obrzęku wzrastały też bole. Od 2 lat choroba nie postępuje; bole są nieco mniejsze. Na ręce prawej pozostała sinica, która wystąpiła w początkowym okresie choroby; poza tem chory nie zauważył na tej ręce żadnych zmian. Za przyczynę choroby uważa chory zimno; jest z zawodu kupcem węgli i w zimie musiał nieraz całymi dniami przebywać na zimnie. Dotychczas leczył się tylko raz w Iwoniczu, jednak bez skutku. Chory pochodzi z rodziny nerwowej; ojciec cierpi na czkawkę histeryczną.

Stan obecny: Lewa ręka znacznie większa od prawej. Dłoń, a szczególnie grzbiet ręki poduszkowato powiększone, palce zgrubiałe, pierwsze członki więcej, niż końcowe, palec wskazujący i średni więcej zgrubiałe, aniżeli inne. Powiększenie ręki i palców dotyczy tylko części miękkich, kości okazują się w obrazie rentgenowskim niezmienione. Skóra jest gładka, na grzbiecie ręki czerwono-sina, nad stawami czarno-sina. Dłoń bledsza, aniżeli grzbiet ręki, wilgotna. Sinica sięga powyżej stawu nadgarstkowego i gubi się stopniowo w połowie przedramienia. Lewa ręka jest zimna. Ucisk na skórę wywołuje zagłębienie i białą plamkę, które wnet znikają. Paznokcie niezmienione. W zimnej wodzie ręka czerwono-sina; w gorącej wodzie występują żywo-czerwone plamki. Chory nie odczuwa zimna na lewej ręce; jeżeli polewamy rękę zimną wodą, to chory odczuwa zimno dopiero powyżej stawu nadgarstkowego, a w górnej połowie przedramienia czucie zimna staje się zupełnie prawidłowe. — Górna granica znieczulenia na zimno jest ostra. Na ręce chory nie odróżnia gorącej wody, odczuwa ją na przedramieniu jako letnią, a dopiero w górnej połowie przedramienia jako gorącą. Tensam wynik otrzymujemy przy badaniu probówką z ciepłą i zimną wodą: od połowy przedramienia ku dołowi obniżenie czucia zimna i ciepła, które powyżej stawu nadgarstkowego przechodzi w zniesienie czucia ciepłoty.

W tych samych rozmiarach znajdujemy wzrastające ku dołowi obniżenie czucia bolu, które powyżej stawu nadgarstkowego przechodzi w zupełne znieczulenie. Dotyk jest bardzo znacznie obniżony, ale nie całkowicie zniesiony. Górna granica tych zaburzeń czuciowych jest ostra. Ruchomość lewej ręki jest wprawdzie utrzymana, jednak ruchy są powolne i mało wydatne; chory twierdzi, że obrzęk utrudnia mu ruchy ręki. W stawie barkowym i łokciowym ruchy są utrzymane, ale również powolne, podobno wskutek bolów w przedramieniu. Te zaburzenia ruchowe rozwinęły się stopniowo; w początkach choroby chory mało się posługiwał lewą kończyną. Niema zaników mieśniowych. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów prawidłowa.

Prawa ręka jest nieznacznie czerwono-sinawa i nie wykazuje żadnych innych zmian. Odruchy na kończynach górnych prawidłowe.

W nerwach mózgowych niema zmian. Odruchy gardłowe, nosowe, uszne i rogówkowe prawidłowe. Pole widzenia prawidłowe. Dermografia nieco wzmożona. Wzmożone pocenie się przy chłodnej ciepłocie pokojowej, w lewej pasze więcej, niż w prawej. Kończyny dolne wolne, odruchy żwawe, równe. Stopy nieznacznie zasiniałe. Czucie skórne na całem ciele bez zmian, z wyjątkiem opisanych na lewej kończynie górnej. Pnie nerwowe na ucisk niebolesne. Budowa ciała dobra, narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. W moczu zmian niema.

W tym przypadku rozwinęła się stopniowo sinica i obrzęk na lewej ręce. W początkach choroby parestezye, potem wraz z powiększeniem się ręki i nasilaniem się sinicy bole w ręce lewej. Od 2 lat sprawa chorobowa nie postępuje. Obok powiększenia ręki i sinicy stwierdzamy zaburzenia czuciowe i ruchowe, bez zaników mięśniowych, bez zmian elektrycznych. Podobnie, jak w pierwszych dwóch przypadkach, nie mają zaburzenia ruchowe charakteru histerycznego, tembardziej, że nie znajdujemy u naszego chorego innych objawów histerycznych. Nie ma tu również objawów, któreby mogły przemawiać za jamistością rdzenia. Godnym uwagi jest fakt, że tylko lewa ręka jest dotknięta i tem wyróżnia się ten nasz przypadek od dotychczas znanych.

Następny przypadek zasługuje na uwagę ze względu na etyologię.

P r z y p a d e k 4. Sch. l. 21. przyjęty na oddział w lutym 1917. Podaje, że 30/IX 1915. ukarano go dwugodzinnem przywiązaniem do słupa (»Anbinden«). Kiedy go z więzów zwolniono, poczuł bole w obu pachach i zdrętwienie prawej ręki. Ręka ta była podobno obrzmiała, zasiniała, a chory nie mógł nią ruszać. Od tego czasu stan na ręce prawej się nie zmienił. Od chorego nie można się z pewnością dowiedzieć, jak sprawa chorobowa powstała, względnie jak postępowała, czy obrzęk, który się dziś stwierdza, wystąpił zaraz po zwolnieniu sznura, czy też potem powoli się rozwinął. Chory powiada, że tego niepamięta, wie tylko tyle, że w ostatnich czasach stan się zmienił.

Stan obecny: Prawa ręka powiększona; grzbiet ręki i dłoń poduszkowato wzdęte, palce w obrębie pierwszych członków

więcej zgrubiałe, aniżeli w końcowych. W obrazie rentgenowskim niema zmian kośćca. Ręka jest zimna, skóra bardzo znacznie zasiniała, na dłoni w mniejszym stopniu, aniżeli na grzbiecie ręki; skóra jest sucha. Na przedramieniu sięga sinica do połowy przedramienia, po stronie prostowników sinica jest znaczniejsza, aniżeli po stronie zginaczy. Ucisk na skórę wywołuje zagłębienie i białą plamę, które natychmiast znikają. Prawa ręka zwisa bezwładnie, ruchy ręki i palców zniesione. W stawie łokciowym możliwy jest tylko ruch, wyprostowujący ramię, jednak i ten ruch nie jest ruchem czynnym, gdyż ramię ciężarem swym opada ku dołowi. Ruchy w stawie barkowym utrzymane. Elektryczna pobudliwość nerwów i mięśni prawidłowa. Przy chodzeniu zwisa prawa kończyna górna bezwładnie i nie wykonuje ruchów wahadłowych. Od zgięcia łokciowego obniżenie, od połowy przedramienia zniesienie czucia bolu; w tych samych granicach zniesienie czucia ciepłoty i dotyku.

Lewa ręka zupełnie zdrowa. Odruchy na kończynach górnych obustronnie utrzymane, po prawej nieco słabsze. W nerwach mózgowych niema zmian, odruchy rogówkowe, gardłowe, uszne i nosowe obustronnie prawidłowe. Pole widzenia bez zmian. Nieznaczne powiększenie gruczołu tarczowego. Kończyny dolne wolne. Odruchy równe, żwawe. Odczyn Wassermana ze krwi ujemny.

W tym przypadku rozwinęła się po dwugodzinnem ściśnięciu przedramienia sznurem przewlekła sinica i powiększenie ręki prawej. Równocześnie wystąpiło porażenie tej ręki. Wiotkość porażenia, bezwładne zwisanie ręki, brak wszelkich ruchów czynnych przy braku zaników mięśniowych i przy prawidłowem oddziaływaniu na prąd elektryczny przemawia za histerycznym charakterem tego porażenia. Co się tyczy związku między uciskiem a przewlekłą sinicą, to nie da się na podstawie wywiadów nic pewnego stwierdzić. Z aktów, dotyczących chorego, wynika, że powiększenie się kończyny postępowało powoli, stopniowo, że jednak wystąpiło wkrótce po wypadku. I tak znajdujemy w świadectwie lekarskiem z dnia 16/X 1917. zaznaczone, że ręka prawa i przedramię prawe są porażone; w innem świadectwie z 23/XI 1917. znajdujemy uwagę, że ręka jest zimna, czucie dotyku i bolu obniżone, zwłaszcza w obrębie obrzękłego grzbietu ręki prawej. W świadectwie z 8/II 1916. jest mowa o znacznej sinicy, o obrzękach i zaburzeniach czuciowych. Należy zatem przyjąć, że już w połowie listopada 1915, a więc w 6 tygodni po obrzmieniu ręki wystąpiły wyraźne objawy przewlekłej sinicy z przerostem części miękkich i z zaburzeniami czucia. Trudno rozstrzygnąć, dlaczego sinica, wywołana zaciśnięciem przedramienia, pozostała i spowodowała obrzęk względnie przerost części miękkich; nie jest wykluczonem, że chodzi o bezpośredni uraz naczyń krwionośnych, tak że wyrównanie zastoju żylnego nie mogło nastąpić. Zaznaczyć należy, że przewlekła sinica może istnieć obok histeryi i że stwierdzenie takiej sinicy z przerostem części miękkich w przebiegu nawet typowej histeryi nie uprawnia do twierdzenia, że i sinica i zmiany przerostowe są również przyrody histerycznej. Na ten szczegół zwrócili uwagę Cassierer, Gasne i Souques.

Z przytoczonych czterech przypadków wynika, że w trzech pierwszych czynnikiem etyologicznym był wpływ reumatyczny, zimno; w pierwszych dwóch stwierdza się jeszcze teraz objawy przewlekłego gośćca stawowego. Sprawa chorobowa rozwijała się powoli, stopniowo, rozpoczynała się sinicą, do której przyłączał się później przerost części miękkich. W jednym przypadku (przyp. III) były początkowo parestezye, potem bole; w przypadku pierwszym bole były nieznaczne, a najmniej skarżył się na bole chory K. (przyp. II.) We wszystkich przypadkach miały bole charakter ciągnący i nie występowały napadowo. Napadowego zblednięcia rąk nie było.

Uwagi godną jest asymetrya w nasileniu objawów chorobowych. Już Cassierer zwrócił na to uwagę, że ręce bywają więcej dotknięte, aniżeli nogi. Oprócz tego mogą jednak istnieć różnice między objawami na prawej i lewej kończynie. I tak w jednym przypadku (9) Cassierera była sinica i powiększenie ręki lewej znaczniejsze, niż prawej; w przypadku (F) zabarwienie na nodze prawej i ręce lewej wyraźniejsze, aniżeli po drugiej stronie. Pehu przytacza przypadek, w którym lewa ręka była większa, w przypadku Barker-Sladena była sinica na prawej nodze wyraźniejsza, niż na lewej. W tych przypadkach różnica dotyczyła tylko stopnia nasilenia, w naszych zaś jest różnica jakościowa. W pierwszym przypadku najbardziej dotknięta jest ręka lewa, mniej prawa, stopy w mniejszym stopniu zajęte, aniżeli ręka prawa. Różnica między lewą a prawą ręką dotyczy głównie wielkości dotkniętych części, mniej zaś sinicy i zaburzeń czuciowych. W drugim przypadku wskazują zaburzenia czuciowe i mierna sinica na schorzenie ręki prawej; poza tem wydaje się ręka zupełnie zdrową. W trzecim przypadku nie możemy na prawej ręce i na stopach wykazać żadnych zmian chorobowych. W czwartym przypadku, który choćby ze względu na etyologię zajmuje miejsce odrębne, jest druga ręka, lewa, zupełnie zdrowa.

Na zaburzenia czuciowe w przypadkach przewlekłej sinicy zwrócił uwagę Cassierer. Podnosi on sposób rozprzestrzenienia się tych zmian, ostrą granicę górną, co przypomina na schemacie rękawiczkę lub pończochę. Dalej zwraca uwagę na to, że podobne zaburzenia we wszystkich czterech kończynach są w histeryi nieznane, że się wprawdzie w jamistości rdzenia zdarzyć mogą, że mimo to jednak nie można przypadków przewlekłej sinicy wcielić do syringomyelii, »acroasphyxia chronica« może co najwyżej tworzyć przejście pomiędzy nerwicami naczynioruchowo-odżywczemi, a syringomyelią.

W naszym pierwszym przypadku mamy na lewej ręce zniesienie czucia zimna, znaczne obniżenie czucia ciepła, czucie bolu i dotyk mniej obniżone. Na prawej ręce różnica ta w zaburzeniu czucia jest jeszcze wybitniejsza. Czucie zimna zniesione, ciepła w małym stopniu, bolu tylko nieznacznie obniżone i dotyk prawidłowy. Zupełnie tesame zaburzenia spotykamy na prawej, mniej dotkniętej kończynie w przypadku drugim; na lewej, powiększonej ręce tego chorego jest czucie zimna i bolu zniesione, ciepła i dotyku znacznie obniżone. W trzecim i czwartym przypadku jest czucie skórne zupełnie zniesione. Na nogach mamy tylko w pierwszym przypadku zaburzenia czucia, i to obniżenie czucia zimna i ciepła; i to jest najniższy stopień zaburzeń czuciowych w naszych przypadkach.

Jeżeli porównamy stopień nasilenia zaburzeń czuciowych z sinicą, to odnosi się stanowczo wrażenie, że przebiegają one równolegle z nasileniem przerostu części miękkich. W tablicy, którą przytaczam poniżej, umieszczone są najmniejsze zmiany czuciowe na początku.

Zajęta kończyna	Zaburzenia czuciowe	Sinica i przerost
Nogi w przyp. I.	Obniżenie czucia ciepłoty	Znaczna sinica z miejscami czerwonemi i prawidłowemi częściami skóry; przerostu niema
Ręka prawa w przyp. I i II	Czucie zimna zniesione » ciepła obniżone » bólu nieco obniżone » dotyku prawidłowe	Sinica bez przerostu; w początkach choroby ręce były obrzękłe
Lewa ręka w przyp. I	Czucie zimna zniesione » ciepła znacznie obniżone » bólu i dotyku obniżone	Bardzo znaczna sinica i nieznaczny przerost
Lewa ręka w przyp. II	Czucie zimna zniesione » ciepła znacznie obniżone » bólu zniesione » dotyku obniżone	Znaczna sinica i znaczny przerost
Lewa ręka w przyp. III i prawa w przyp. IV	Wszystkie rodzaje czucia skórnego zniesione, tylko w przypadku III jest czucie dotyku bardzo znacznie obniżone	Bardzo znaczna sinica i znacznego stopnia przerost

Jeżeli porównamy na tej tablicy zaburzenie czuciowe z sinicą z jednej, a z przerostem części kończyn z drugiej strony, to widzimy, że im większy przerost, tem znaczniejsze zaburzenie czuciowe, dalej, że nasilenie zaburzeń czuciowych nie zależy od nasilenia sinicy. I tak mamy na stopach w przypadku I najmniejsze zaburzenie czuciowe mimo, że sinica jest znaczną, kończyny te nie były jednak nigdy obrzękłe. Wyższy stopień zaburzeń czuciowych mamy na prawej ręce w przypadku I i II, która w początkach choroby była przejściowo obrzękła, a teraz jest tylko zasiniała. Przekonującym jest wynik badania na ręce lewej w przypadku I; tu jest sinica najznaczniejsza, a zaburzenia czu-

ciowe stosunkowo najmniejsze. W porównaniu z tym przypadkiem jest sinica na rękach w przypadku III i IV znacznie mniejsza, natomiast przerost o wiele większy i zaburzenia czuciowe o wiele znaczniejsze. Jeżeli się porówna dalej objawy na stopach w przypadku I z objawami na ręce prawej w przypadku I i II, to sinica na nogach jest znaczniejsza, niż na ręce prawej, w dwóch pierwszych przypadkach, natomiast zaburzenia czuciowe na nogach mniejsze.

Z zestawienia tego wynika, że im większy przerost, tem zaburzenia czuciowe znaczniejsze. Niezależność zaburzeń czuciowych od sinicy przyjmuje też Cassierer, a to na podstawie jednego przypadku przerostu z zaburzeniami czuciowemi, ale bez sinicy. Nasze spostrzeżenia wskazują na to, że tesame czynniki, które wywołują przerost, rozstrzygają o powstaniu zaburzeń czuciowych. Należy jednak z drugiej strony zauważyć, że rozmieszczenie zaburzeń czuciowych, zwłaszcza zniesienie zupełne. czucia skórnego, pokrywa się zawsze z rozmieszczeniem sinicy.

Omówienia wymaga ograniczenie ruchomości dotkniętych kończyn. Jeżeli się dokładnie przejrzy historye choroby przypadków przewlekłej sinicy w piśmiennictwie, to widzimy, że zaburzenia ruchowe nie są zbyt rzadkie. Jeden z chorych Cassierera skarżył się na niezgrabność rąk, inny nie mógł wykonywać delikatnych ruchów palcami, a przedmiotowo stwierdzono niezgrabność palców; w przypadku tym chodziło o przewlekłą sinicę bez przerostu, skóra była tylko napęczniała. Inna chora (W) Cassierera podała, że ze zwiększającą się sinicą ręce coraz bardziej słabły i stawały się niezgrabne, tak że nie mogła wykonywać swego zawodu jako pianistka; przedmiotowo: ręce zbaczają ku stronie łokciowej, IV i V palec na obu rękach zgięty w I stawie palcowym, palce w tem zgięciu ustalone. Ruchomość o tyle była ograniczona, że ruchy palców i rąk były naogół bezsilne; porażeń nie było, oddziaływanie elektryczne prawidłowe, mimo, że pierwsza przestrzeń międzykostna zapadła. — U histeryczki G., opisanej przez Cassierera, były palce rąk stale zgięte w pierwszym stawie palcowym; dawały się wprawdzie wyprostować, wracały jednak do pierwotnego położenia. Cassierer nie wyjaśnia tych zaburzeń ruchowych, są one tylko zapisane w historyach choroby.

Z wyjątkiem naszego IV przypadku, w którym zaburzenie ruchowe ma charakter histeryczny, ograniczenie ruchomości w przypadkach I i III jest nieznaczne. Przykurczenie w II przypadku znaczne. W tych 3 przypadkach wystąpiło to zaburzenie dopiero po dłuższem trwaniu sinicy i przerostu, tak, że z postępem choroby ruchomość dotkniętej kończyny coraz bardziej się pogarszała. Czy pewien stopień zaburzeń ruchowych należy do obrazu przewlekłej sinicy z przerostem, nie da się na razie rozstrzygnąć. Częstość tego objawu, zapisanego w dotychczas ogłoszonych przypadkach, nie wyłącza tej możliwości. Dalsze spostrzeżenia może tę sprawę wyjaśnią.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 21 listopada 1917.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

— (Dokończenie).

5) Kol. Kazimierz Jaworski wygłosił wykład: **Zaszycie jamy brzusznej przy ropnych sprawach w otrzewnej.** Tamponada jamy brzusznej przy ropnych zapaleniach otrzewnej ma szereg ujemnych stron, jak długi okres leczenia pooperacyjnego, bóle, jakie chory znosić musi przy leczeniu pooperacyjnem, powstawanie przepuklin pooperacyjnych i wreszcie, jak twierdzi Bauer, tamponada powoduje długotrwałe i uporczywe niedowłady jelit. Toteż w miarę rozwoju chirurgii jamy brzusznej starano się zastąpić tamponadę. Wielu chirurgów zaczęło używać sączkowania (drainage), lecz i to okazało się też nie bez ujemnych stron. Przy dłuższem leżeniu drenu również, jak i przy tamponadzie, powstają wkrótce zlepy między drenem, a błoną surowiczą jelit; znane są przypadki uciskowej martwicy ściany jelita od drenu, wreszcie trudno jest uchwycić chwilę, kiedy należy usunąć dren: zawczesne jego usunięcie grozi wytworzeniem się wtórnego ropnia, zapóźne wywołuje zrosty.

Obok techniki chirurgicznej przy ropnych zapaleniach otrzewnej rozwijał się pogląd na znaczenie ogniska dla przebiegu pooperacyjnego, z którego to zapalenie wyszło, oraz na znaczenie płynu wysiękowego w jamie brzusznej. Co się tyczy punktu pierwszego, to wszyscy chirurgowie są jednomyślni, że usunięcie źródła zakażenia jest niezbędnym warunkiem przy leczeniu spraw zapalnych w jamie brzusznej. Co się zaś tyczy wysięku, to zdania są podzielone. Murphy twierdzi, że w wysięku znajdują się ciała ochronne, a więc usuwać go przy zabiegu operacyjnym nie należy. Większość atoli, wychodząc z założenia, że w wysięku ropnym znajdują się toksyny i drobnoustroje, usuwa o ile możności ten wysięk z jamy brzusznej, czy to przez płukanie, czy przez wymoczenie gazą. Czy postępowanie nasze będzie to lub inne, ustrój musi stoczyć walkę z zakażeniem, gdyż tamponada i sączkowanie usuwają wysięk tylko z ograniczonej przestrzeni jamy brzusznej wskutek szybko powstających zlepów. Ten fakt naprowadził naprzód amerykańskich chirurgów na to, by w ogóle zaszywać jamę brzuszną. Postępowanie to znalazło zwolenników i w Europie, najpierw w osobie Nordbama i Rottera. Szczególnym zwolennikiem zaszywania jamy brzusznej jest szwedzki chirurg Bauer. Na zasadzie licznego materyału Bauer dochodzi do wniosku, że zaszywanie jamy brzusznej przy ropnych zapaleniach nie wywiera ujemnego wpływu na wynik i przebieg pooperacyjny. W przypadkach, które się skończyły niepomyślnie, przyczyna zejścia leżała w samem zakażeniu, jak to stwierdziły wyniki sekcyjne. W przypadkach, kończących się pomyślnie, wyjątkowo jako powikłanie wytworzył się ropień ograniczony w okolicy usuniętego wyrostka robaczkowego, który to ropień Bauer następowo sączkował. Całe leczenie pooperacyjne, oprócz wewnętrznych środków, sprowadza się przy zaszyciu jamy brzusznej do ułożenia chorego w pozycyi półsiedzącej, aby dać możność spływać wysiękowi w najniższe miejsca (cavum Douglasi) i uniknąć w ten sposób zakażenia otrzewnej wyścielającej przeponę. Bauer zaszywa jamę brzuszną we wszystkich przypadkach rozlanego, ograniczonego i ropnego zapalenia otrzewnej, zaszywa także otorbione ropnie, o ile tylko ich ściany zapadają się po usunięciu ropy i o ile niema tkanek obumarłych, mogących dać powód do wtórnego ropienia.

Nawiązując do powyższych uwag kolega J. zaznacza, że w klinice chirurgicznej krakowskiej widział od szeregu lat postępowanie, zdążające do unikania tamponady jamy brzusznej, nie tak jednak bezwzględne, jak to czyni Bauer. Do zaszycia nadawałyby się tylko świeże zapalenia otrzewnej ze stosunkowo niewielką ilością ropy. W pamięci prelegenta stają dwa przypadki świeżego zapalenia otrzewnej z powodu przebicia wrzodu żołądka; operujący kolega Hładij zaszył jamę brzuszną bez jakichkolwiek złych następstw. Również przypadki ograniczonych ropni o zapadających się ścianach bez obumarłych tkanek nadawałyby się do zaszycia jamy brzusznej po dokładnem usunięciu ropy i zastosowaniu eteru, jako środka odkażającego. Kolega J. przedstawił dwa przypadki otorbionych ropni w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Jeden ropień stary kilkumiesięczny, drugi świeży. W obu przypadkach jamę brzuszną zaszyto całkowicie. Chorzy, przedstawieni w 11. dniu po zabiegu operacyjnym z zagojoną doraźnie raną, opuszczają już łóżko. (Streszczenie własne).

Z powodu spóźnionej pory o godz. $8^1/_2$ wieczór zamknął przewodniczący zebranie, nie wyczerpawszy porządku dziennego.

Dr Michejda, zast. sekr. dorocznego

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 9. XI. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 36.

I. Kol. Wiczkowski przedstawia chłopaka 19-letniego, niedostatecznie rozwiniętego, z **marskością wątroby,** u którego kol. Schramm dokonał ze względnie pomyślnym skutkiem operacyi przyszycia sieci sposobem Talmy. — Przy tej sposobności przytacza prelegent uwagi nad etyologią tej choroby i przyłącza się do zdania tych autorów, którzy uważają marskość wątroby za zjawisko częściowe w ogólnym obrazie uszkodzenia narządów wewnętrznych, wywołanego czy to przez alkohol, czy przez kiłę, czy przez gruźlicę lub inne jakieś czynniki szkodliwe. Co do samej operacyi Talmy, prelegent nie przywiązuje zbyt wielkiej wagi. Sądzi jednak, że w tej chorobie, w której skazani jesteśmy prawie wyłącznie na wypuszczanie coraz się po-

nawiającego płynu, należy przecież ze względu na podawane w piśmiennictwie pomyślne wyniki zastosować tę operacyę, szczególnie u młodych osób z niedługim przebiegiem choroby.

Dyskusya: 1. Kol. Pisek omawia leczenie marskości wątroby i podnosi, że operacya Talmy powszechnie uważana jest za zabieg mało skuteczny.

2. Kol. A. Gluziński zaznacza, że przedstawiony przypadek zwraca uwagę dużą, gładką wątrobą i powiększeniem śledziony. Nie wchodząc na razie w znaczenie operacyi Talmy w takich przypadkach, podnosi, że stan taki odpowiadać bardzo łatwo może przypadkom, jakie przed kilku laty z kliniki swej przedstawił, tak kiły wrodzonej, jak i nabytej, w postaci, którą w przeciwstawieniu do kilaków (hepatitis gummosa) nazywamy postacią rozlaną (hepatitis diffusa luetica), zwykle połączoną z dużą śledzioną. Toteż w przypadkach takich, szczególnie u ludzi młodych bez innego tła etyologicznego, czy to z dodatnim odczynem Wassermanna, czy bez niego, należałoby przeprowadzić leczenie swoiste przed zastosowaniem operacyi Talmy, a to tem bardziej, że w przypadkach tych może przyczyna puchliny brzusznej leżeć tak dobrze w zmianie kiłowej żyły wrotnej (phlebitis luetica), jak i w zmianie na otrzewnej, czego dowodem są zwykle stwierdzane zmiany w postaci zmian na otrzewnej w okolicy wątroby (perihepatitis), a pod wpływem leczenia swoistego w tych razach, jak to przypadki przez mowcę przedstawione udowadniają, ustępuje i nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej. Operacya Talmy byłaby dopiero wskazana, gdy leczenie swoiste pozostanie bez skutku, gdy więc powstały nie dające się usunąć zmiany czy to w zakresie samej żyły wrotnej, czy to w jej rozgałęzieniach w wątrobie, gdyż, jak wiemy, po latach przypadki te przybrać mogą postać marskości zanikowej (cirrhosis atrophicans). Mowca przypomina nadto spostrzeżenie Neissera, podane na Zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie, o stosunku stanu limfatyczno-grasiczego (status lymphatico-thymicus) do zmian w wątrobie i śledzionie. Przypadek przedstawiony ma wybitne cechy właśnie tego stanu, bo mimo lat 19 brakuje zupełnie zarostu tak pod pachami, jak i nad spojeniem łonowem, jak niemniej bardzo słabo rozwinięte są części płciowe. Może być, że kiła wrodzona, która jest przyczyną zmiany w wątrobie i śledzionie, wpłynęła także i w tym kierunku na wytworzenie się wspomnianego stanu. W każdym razie leczenie swoiste uważa mowca w tym przypadku ze wszech miar za wskazane.

3. Kol. Rencki omawia trudności rozpoznawcze przy wykluczeniu sprawy zapalnej na otrzewnej w podobnych przypadkach, co się zaś tyczy przedstawionego przypadku, to mimo ujemnego odczynu Wassermanna objawy ogólne przemawiać się zdają za kiłą.

4. Kol. Hornowski zwraca uwagę na ogólny wygląd chorego, który sprawia wrażenie stanu dziecięcego (infantilismus). Okoliczność ta wskazywałaby zatem, że wszystkie gruczoły, a nietylko wewnętrznego wydzielania są tu zajęte. Logicznie więc przyjąć się musi, że ma się tu do czynienia z zadziałaniem przyczyny ogólnej, jak kiła, gruźlica lub t. p.

5. Kol. Schramm przyznaje, że operacya Talmy przy marskości wątroby u dorosłych nie daje dobrych wyników, natomiast u osób młodych wyniki są dobre. Korzystny wynik zabiegu zależy nie tyle od wykonania samej laparotomii, ile raczej od ułatwienia krążenia.

II. Kol. Warchoł przedstawia dwa przypadki z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego:

a) Kobieta, lat 40, po **resekcyi żołądka i okrężnicy poprzecznej,** wykonanej przez prof. Schramma z powodu **raka żołądka** i ropowicy żołądka (carcinoma ventriculi et gastritis phlegmonosa). Ogólny stan chorej przed operacyą dobry. Prawie zupełny brak objawów ze strony przewodu pokarmowego — apetyt dobry, chorą niepokoi tylko guz w jamie brzusznej, macalny w okolicy nadpępkowej, wielkości dużej pięści, twardy, niebolesny, wybitnie ruchomy, zdający się wychodzić z okrężnicy poprzecznej lub ze sieci. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że nowotwór zajmuje prawie cały żołądek i jest silnie zrośnięty z okrężnicą poprzeczną. Wobec tego wycięto prawie cały żołądek i część okrężnicy, długości mniej więcej 20 cm., poczem po zeszyciu ze sobą obu końców okrężnicy zamknięto górną część otworu w żołądku szwem dwupiętrowym okluzyjnym i zespolono (według metody I Billrotha) bez wielkiego napięcia dwunastnicę z pozostałą częścią otworu w dnie żołądka. Chora zniosła zabieg dość lekko. Badanie drobnowidowe guza wykazało dwie obok siebie rozwinięte sprawy chorobowe, a mianowicie: raka i ropowicę.

Przedstawiony przypadek, zdaniem prelegenta, godny jest uwagi z następujących względów: 1) Z powodu braku objawów klinicznych ze strony żołądka tak dla jednego jak i drugiego cierpienia; 2) z powodu wybitnej ruchomości guza pomimo dużych jego rozmiarów i zrośnięcia z okrężnicą poprzeczną; 3) z powodu równoczesnego wystąpienia dwu spraw chorobowych, z których ropowica wystąpiła prawdopodobnie już w istniejącym raku i 4) z powodu tego, że mimo ciężkiego zabiegu operacyjnego (prawie zupełnej resekcyi żołądka i resekcyi dużego odcinka okrężnicy poprzecznej) przebieg pooperacyjny był dobry i stosunkowo lekki, co zawdzięczać należy głównie dość dobremu stanowi odżywienia chorej.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W roku 1917 wpłynęły na rzecz wdów i sierot po lekarzach następujące dary: Pani Profesorowa Gilewska z Wiednia 1000 kor., a oprócz tego na rok 1918 500 kor. — razem 1.500 kor.; Prof. Dr Adam Sołowij 1.000 kor., które ofiarował, chcąc dać wyraz wdzięczności za leczenie żony, Dr R. Stenzel; Prof. Machek 100 kor. nom. i 300 kor. gotówką razem 400 kor.; Dr Maksymilian Rutkowski 100 kor. nieprzyjęte honoraryum (przysłał Dr Fechter). — Razem 2.900 kor. gotówką i 100 kor. nominale.

Kraków. Wobec wielkiego podrożenia kosztów druku zmuszona była komisya redakcyjna »Przeglądu lek.« podnieść od Nowego Roku przedpłatę na 7 koron kwartalnie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zygmunt Popławski rodem z Liplasa.

Warszawa. W szpitalach warszawskich wybuchło bezrobocie służby niższej, do którego przyłączyli się felczerzy i urzędnicy administracyjni.

— W listopadzie r. z. odbył się drugi kurs dla kandydatów na lekarzy powiatowych; ukończyło go 24 lekarzy.

Zmarli: Dr Z. Szweigert, lekarz miejski w Radomsku, z duru plamistego; Dr Kazimierz Oczesalski, lekarz sanitarny i lekarz szpitala Dz. Jezus, sekretarz doroczny Towarzystwa lek. warsz., w 32 r. ż. z duru plamistego;

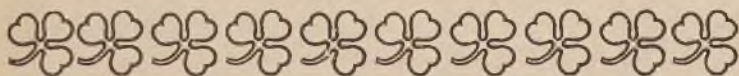
znakomity ginekolog, b. profesor w Strassburgu Freund; anatom prof. Kabl w Jenie; chirurg prof. Angerer w Monachium.

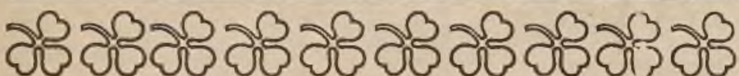
Redakcya otrzymała: R. Minkiewicz: Podstawy doświadczalne i teoretyczne nowego pojmowania zjawisk nerwowych. (Wyd. kasy im. Mianowskiego) Warszawa 1917. — Adamkiewicz: Eine Krebsheilung mit Hilfe meiner Kankroin-Methode in 6 Tagen.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 4. Kraków, 26. stycznia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 26. stycznia 1918. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Uwagi w sprawie reformy studyum lekarskiego.

Podał

Prof. Browicz.

Szkolnictwo nasze, podstawa naszego bytu narodowego, wymaga, począwszy od szkoły wiejskiej, koniecznej gruntownej reformy i reorganizacyi.

W r. 1913 poruszyłem w uniwersytecie krakowskim kwestyę wpływu wadliwości, tak pod względem pedagogicznym, jako też dydaktycznym, naszej szkoły średniej na studyum uniwersyteckie wogóle. Wynikiem tego był memoryał senatu akademickiego do galicyjskiej rady szkolnej, z marca 1914[1]).

Systemy dydaktyczne i organizacyjne w uniwersytetach galicyjskich znam od r. 1867. Pamiętam ustawę uniwersytecką, która obowiązywała do r. 1872, następną obowiązującą do r. 1903. Najnowsza, ostatnia ustawa obowiązuje dotąd.

Wszystkie te ustawy okazywały braki, wady, błędne zarządzenia, które wykonywanie mogłoby łagodzić, co jednakże wskutek szczupłego uposażenia naszych uniwersytetów w zasoby dydaktyczne tak pod względem pomieszczenia klinik, instytutów medycyny teoretycznej, jakoteż finansowego uposażenia, szczupłości sił dydaktycznych i pomocniczych, o co wszystko najczęściej bezskutecznie zabiegały nasze uniwersytety, w wysokim stopniu doznawało utrudnienia. Wogóle nasze uniwersytety traktowane były po macoszemu.

Nie wdając się w krytykę tych systemów dydaktycznych, jakie obowiązujące ustawy ustanawiały, zwracając baczną uwagę

[1]) W lutym 1916 wystosowałem do senatu akademickiego pismo następującej treści:

»W r. 1913 podniosłem kwestyę wadliwości szkoły średniej w Galicyi, wskutek których do uniwersytetu napływa młodzież, do studyum uniwersyteckiego niedostatecznie przygotowana, a nadto w pewnej części mało uzdolniona. Uniwersytet podjął tę kwestyę i na podstawie zgodnej opinii wszystkich fakultetów wystosował do krajowej rady szkolnej w marcu 1914 memoryał, w którym wykazał braki i wadliwości w ustroju szkoły średniej i zwrócił uwagę na konieczną potrzebę zaradzenia złemu.

W memoryale tym znajduje się ustęp następujący: »Niedostateczną jest i organizacya studyów wydziałów filozoficznych, które mają przygotowywać siły dla gimnazyów. Wszechstronnie rozpatrywa tę kwestyę wydział filozoficzny naszego uniwersytetu i już w pewnych działach przedsięwziął zmiany, które powinny przynieść pożytek w kształceniu sił dla gimnazyów«.

Co dotąd zdziałano w tej mierze, t. j. co do tego, co Wydział filozoficzny poprawić, czy naprawić może, czy mógł we własnym zakresie działania, w granicach dotąd obowiązujących nas przepisów?

Wydział filozoficzny winien zająć się tą sprawą bardzo gorąco, szczególnie w dzisiejszej dobie, gdy napływać będzie do uniwersytetu młodzież, nie lepiej z pewnością przygotowana od młodzieży z czasu przedwojennego, która dała uniwersytetowi powód i podstawę do owego memoryału. Reforma ta wewnętrzna, o ile to od uniwersytetu zależy, najwszechstronniejsza jest w warunkach, w jakich się znajdujemy, niezbędną i jaknajrychlej podjętą być winna.

Nie wiemy, jak się ułożą stosunki polityczne, jak długo jeszcze dzisiejsza ustawa uniwersytecka obowiązywać nas będzie, ale samo poczucie nasze, że istnieją braki i wady w studyum filozoficznem tak silnie, organicznie z ustrojem naszych szkół średnich związanem, nakazuje jaknajrychlejsze zmiany.

O zmianach, czy już wprowadzonych, czy które należy wprowadzić, winien wydział filozoficzny złożyć sprawozdanie senatowi, który wobec ważności sprawy, obchodzącej ogół tak żywo, winien powiadomić o tych zmianach inne wydziały, a nawet wobec tego, że w memoryale senatu wypowiedziane było publicznie przyznanie niedostateczności organizacyi studyum filozoficznego, a memoryał opublikowany był tematem dyskusyi, winno to sprawozdanie być opublikowane dla poinformowania ogółu, że uniwersytet dąży do poprawy i naprawy istniejących stosunków. Ale nie na tem kończy się obowiązek uniwersytetu, by, o ile to według dotąd obowiązujących przepisów we własnym zakresie możebne, wprowadzić na razie zmiany, ulepszenia. W memoryale swym powiada senat dalej: »Nie ogranicza się jednak wydział filozoficzny do tego, co może naprawić we własnym zakresie działania, w granicach obowiązujących przepisów, lecz sięga dalej, żąda i reformy ze strony władz centralnych«.

Studyum uniwersyteckie wogóle we wszystkich działach wymaga reformy. Nie należy, jak to memoryał powiada, tylko żądać reformy ze strony władz centralnych. Uniwersytet sam zająć się winien opracowaniem planu reformy studyum uniwersyteckiego nietylko w zakresie studyum filozoficznego, które jest nader ważne, bo stanowi o szkole, tym fundamencie bytu narodowego.

W r. 1912 podniosłem konieczną potrzebę reformy studyum lekarskiego. W ubiegłym roku ponowiłem wniosek. Wydział lekarski podejmuje też opracowanie planu reformy studyum lekarskiego, a wprowadził już drobną, ale korzystną zmianę w rozkładzie wykładów.

Jakikolwiek los spotkać może opracowane przez uniwersytet czy poszczególne wydziały plany reformy studyum uniwersyteckiego, gdyż nie od nas to wyłącznie zależy, spełni się obowiązek, jaki na uniwersytecie ciąży; będzie to w najgorszym razie dokument historyczny, świadczący o dążności uniwersytetu do reformy studyum uniwersyteckiego. A może przecież da się uzyskać na podstawie planów, opracowanych przez uniwersytety nasze, a po wzajemnem porozumieniu się, jednolity w ogólnych zarysach program studyum uniwersyteckiego, dostosowany do naszych warunków, stosunków i właściwości narodowych«.

W grudniu 1916 przedłożyłem senatowi akademickiemu wniosek, iżby w myśl dawniejszej uchwały w sprawie opracowania planu reformy studyum uniwersyteckiego zechciał senat wobec widoków, iż sami będziemy mogli organizować szkolnictwo nasze, przypomnieć wydziałom naglącą potrzebę opracowywania planu reformy studyum uniwersyteckiego.

Stosunki nasze społeczne, szczególnie powojenne, wymagają i wymagać będą baczenia troskliwego na dobro ludności, tak srodze dotkniętej klęskami wojennemi, na co odpowiednia organizacya szkolnictwa naszego wpływ doniosły wywrzeć może i powinna. Przytaczam te szczegóły dlatego, iż od reformy szkoły średniej zależą studya wyższe, że uważałem zawsze i uważam reformę szkoły średniej za bardzo ważną, naglącą i tu ją znów podnoszę. Wtedy i reforma studyum uniwersyteckiego dopiero w całej pełni korzyści przynieść może.

na nauczanie i uczenie się w naszym Uniwersytecie, uważam za obowiązek ogłosić uwagi, jakie mi się w sprawie reformy studyum lekarskiego nasuwają, bo czas najwyższy, by się tem gruntownie zająć. Może znajdzie się w tem coś, co zasłuży na uwzględnienie i przyczynić się czemś będzie mogło przy opracowywaniu planu reformy studyum lekarskiego przez nasze, już teraz trzy wydziały lekarskie.

Opracowanie dokładnego, szczegółowego planu przekracza siły jednostki, plan taki należycie opracowany być może i winien zbiorowemi siłami i być tematem gruntownej dyskusyi. Tak sobie przedstawiałem i rozumiałem to zadanie w piśmie do senatu akademickiego, w lutym 1916 wystosowanem.

Czas trwania studyum lekarskiego okazuje się coraz bardziej niedostateczny. Wymagania od lekarza coraz większe. Rozwój poszczególnych działów nauki lekarskiej wymaga poświęcenia dłuższego czasu na przysposobienie się do przyszłego, w wysokim stopniu tak pod względem zdrowia indywidualnego jakoteż zbiorowego odpowiedzialnego stanowiska.

Niezbędność należytego przygotowania tak w dziale teoretycznym, jakoteż klinicznym, praktycznym, uniknięcie przeciążenia w razie trwania dotychczasowego pięciolecia, konieczność jaknajdokładniejszego przygotowania przyrodniczego, bez którego właściwe studyum lekarskie musi być wadliwe, oto szczegóły, domagające się przedłużenia studyum.

Dwulecie pierwsze studyum miałoby być poświęcone studyom przygotowawczym, przyrodniczym. Metody lekarskie badawcze i lecznicze spraw chorobowych opierają się bowiem na znajomości chemii i fizyki, a metody te pomimo wszelkich innych sposobów pomocniczych, którymi teraz rozporządzamy, mają zawsze zasadnicze znaczenie.

Fizyka, chemia, obszernie, gruntownie traktowana, coraz większego znaczenia dla zrozumienia spraw fizyologicznych i patologicznych nabierająca, zoologia, botanika ogólna, naturalnie odpowiednio traktowane, anatomia, fizyologia z uwzględnieniem szczególnem chemii fizyologicznej, histologia, embryologia, propedeutyka lekarska, — to byłby temat na pierwsze dwulecie.

Austryackie ustawodawstwo uniwersyteckie wprowadziło przed 14 laty wykłady biologii w miejsce zoologii i botaniki. W uniwersytecie wogóle mogą i powinny być traktowane różne działy wiedzy ludzkiej, które niekoniecznie muszą wchodzić w program ścisły, obowiązujący, jakiegokolwiek studyum uniwersyteckiego, a z których zdolniejsi i chętniejsi studenci korzystać mogą i będą. A więc i wykład biologii jest potrzebny. Dla studyum przygotowawczego dla medyków korzystniejszym byłby jednak wykład zoologii i botaniki ogólny. Studenci, napływający ze szkoły średniej nie przynoszą i nie będą przynosili w mierze dostatecznej, dla studyum lekarskiego potrzebnej, nawet po przeprowadzeniu reformy szkoły średniej, dostatecznych wiadomości przyrodniczych, dlatego też wykłady zoologii i botaniki byłyby bardzo pożądane. Zdaje mi się, że Wydział filozoficzny trafną podaje uwagę we wskazówkach dla studentów (spis wykładów), że wykładów biologii należy właściwiej słuchać już po nabyciu podstawowych wiadomości z botaniki i zoologii. Ja ze swej strony, może niesłusznie, dodaję, że dopiero po zaznajomieniu się z anatomią, histologią, fizyologią, wykład biologii może przynieść rzeczywistą korzyść.

Z części przygotowawczej, dwulecia, winien student, zanim przejdzie do części ściśle lekarskiej, złożyć egzamin bardzo ścisły, czy zyskał rzeczywiście należyte przygotowanie do właściwego studyum lekarskiego. Bez złożenia tego egzaminu nie powinien student bezwarunkowo być przypuszczony do właściwego studyum lekarskiego. Egzamin ten miałby służyć nadto do usuwania od studyum lekarskiego kandydatów czy to nieuzdolnionych, czy też nienadających się do zawodu lekarskiego z powodu nieodpowiedniej po temu swej umysłowości.

Ażeby student mógł należycie przerobić, powtórzyć, uzupełnić swą wiedzę, nabytą w ciągu pierwszego dwulecia studyów, należałoby wtrącić pomiędzy część przygotowawczą, a ściśle lekarską, półrocze egzaminowe, przeznaczone dla egzaminu, półrocze piąte. Tożsamo proponuje Brudziński (W sprawie organizacyi ogólnej uniwersytetu, a wydziału lekarskiego w szczególności. Warszawa 1915).

Doświadczenie, uzyskane ze składaniem egzaminu w ostatnich tygodniach czwartego lub w pierwszych tygodniach piątego półrocza, wykazało niepraktyczność, a nawet szkodliwość takiego zarządzenia, połączone to bowiem bywa ze względu na zbliżający się egzamin z zaniedbywaniem wykładów, które bywają w tem półroczu wykładane, a na które student powinien uczęszczać i zajmować się przedmiotami, ważnymi dla lekarza, jak anatomia patologiczna, patologia ogólna, farmakologia. Ponieważ austryacka ustawa jest bardzo elastyczna, więc student uczy się, składa ten pierwszy egzamin często przez całe półrocze, zaniedbując wykłady ważne. A pamiętać należy o tem, że nauka medycyny, to nauka głównie poglądowa, oparta na materyale, niezależnym od wykładającego.

Tutaj ze względu, że całe półrocze przeznacza się jako półrocze egzaminowe, sama przez się nasuwa się kwestya podziału roku szkolnego na półrocza.

Wielkanoc dzieli rok szkolny na dwie nierówne części czyli półrocza, części nierówne z powodu co rok innej pory świąt wielkanocnych. Zależnie od czasu, kiedy przypada Wielkanoc, półrocze pierwsze, t. zw. zimowe, jest zazwyczaj przydługie w stosunku do niekiedy zbyt krótkiego, a co do ważności równie ważnego drugiego, t. zw. letniego półrocza. Czy rozdział taki półroczy przez święta wielkanocne o zmiennym czasie jest słuszny, czemkolwiek prócz tradycyi uzasadniony? Czy nie należałoby ściśle oznaczyć czas trwania półroczy, podzielić rok szkolny na dwie jednako długie połowy? Czy nie ułatwiłby taki równy podział stosowniejszego rozłożenia materyału wykładowego?

Mimochodem poruszam, czy nie byłoby stosowniejsze przełożyć ferye t. zw. duże, główne, na miesiąc lipiec, u nas najgorętszy i sierpień, a rozpoczynać rok szkolny od września«.

Czy należałoby pomiędzy rokiem pierwszym a drugim studyum przygotowawczego wprowadzić egzamin z zoologii, botaniki i fizyki, a dopiero w piątem półroczu, egzaminowem, egzamin z chemii, anatomii, histologii, fizyologii?

Przyznaję się do tego, że jestem bezwzględnie za wprowadzeniem ściślejszej kontroli i przymusu dydaktycznego; hasło wolności, swobody uczenia się, piękne jest w teoryi, ale praktyka co innego wskazuje. Błędnie ono bywa pojmowane, w wykonywaniu wiedzie do zaniedbywań, nieuczenia się; a tylko nauka systematyczna, — a nie dorywcza, tylko dla egzaminu, jak to się niestety dzieje, — może być pożyteczną. A czy w życiu pozauniwersyteckiem nie istnieje w każdym zawodzie kontrola i przymus? Z tych samych powodów, dla których jestem za wprowadzeniem osobnego, ale z równego podziału roku szkolnego wynikającego półrocza egzaminowego, jestem za przełożeniem całego egzaminu przejściowego na półrocze piąte.

Ze względu, że w wykładzie anatomii patologicznej i patologii ogólnej potrąca się co chwila o mikroby, pożytecznym byłby wykład zarysu bakteryologii w ciągu półrocza egzaminowego, a może lepiej jeszcze w ciągu drugiego roku studyum przygotowawczego.

Nie od rzeczy będzie, gdy już tutaj poruszę kwestyę codziennego rozłożenia wykładów i ćwiczeń. Wykłady o więcej teoretycznym charakterze odbywaćby należało w godzinach popołudniowych, czas przedpołudniowy obracać na wykłady i ćwiczenia, wymagające światła dziennego, lub, jak n. p. w części ściśle lekarskiej, wymagające materyału tylko w pewnych porach dnia do dyspozycyi będącego. Wogóle należałoby w rozkładzie wykładów i ćwiczeń więcej uwzględniać interes studentów, a nie wygodę wykładających.

W dwuleciu przygotowawczem należałoby nacisk kłaść na ćwiczenia, demonstracye, z któremi połączone być mogą łatwo i korzystnie wykłady.

Czy w nauczaniu anatomii nie dałyby się wprowadzić zmiany, uproszczenia, ulepszenia? Czy nie byłoby pożyteczniejszem dla przyszłego lekarza, bo o niego tu chodzi, ograniczyć charakter opisowy wykładu co do czasu i ilości materyału, a wprowadzić nieco podkładu fizyologicznego, usunąć szczegóły systematyki, które łatwo ulegają zapomnieniu? Opisowa systematyczna anatomia mieści dosyć martwego balastu, którego po egzaminie student rychło, łatwo, a nawet chętnie zapomina; a czy pozostaje mu dużo szczegółów anatomicznych, dla celów lekarskich ważnych, a nawet niezbędnych? Czy praca w prosektoryum, zabierająca dosyć czasu (może za dużo) przy preparowaniu, nie mogłaby być nieco skierowaną ku poznaniu topograficznych stosunków? W nauce anatomii nie chodzi o martwy, ale o żywy organizm, nie o suche opisywanie zewnętrznej formy i zewnętrznych znamion części i narządów organizmu ludzkiego. Ruchy kręgosłupa, klatki piersiowej, przepony, mięśni i stawów, dałyby się w obrazach rentgenowych z wielką korzyścią przedstawić. Czy nie byłoby pożytecznem nie opierać nauki anatomii na zbyt obszernym podkładzie embryologicznym, genetycznym? Czy nie byłoby pożytecznem uwzględnienie t. zw. plastycznej anatomii, której znajomość nie

tylko dla artysty, lecz także dla lekarza jest bardzo potrzebna, zaznajamianie z wejrzeniem i plastyką żywego ciała ludzkiego, na tem opiera się przecież między innemi ocenianie stanu organizmu ludzkiego. Jaki bowiem materyał ludzki służy w prosektoryum do nauki anatomii? Zwłoki ludzi chorobami wyniszczonych, wychudłych, opuchniętych i t. p., o topografii trzew zmienionej, odskakującej od stanu prawidłowego. Odpowiedniejszą byłaby nazwa anatomia normalna miasto opisowa.

Dopiero po ukończeniu dwulecia przygotowawczego, po najdokładniejszem, o ile można, przygotowaniu przyrodniczem, po złożeniu egzaminu bardzo ścisłego, od którego zależeć powinno przypuszczenie do ściśle lekarskiej części studyum, rozpoczynać się winna nauka medycyny. Część ściśle lekarska trwać powinna lat cztery. Rok dodany winien być wciągnięty w obręb okresu klinicznego przy odpowiednim rozkładzie przedmiotów w poszczególnych półroczach czy latach studyum. Rok ten, — ostatni w studyum, — należycie zużytkowany w klinikach na materyale stałym, jakoteż przychodnim, poliklinicznym, przynieść może więcej korzyści, niż rok nadający dopiero prawo do wykonywania zawodu lekarskiego, jak to jest w Niemczech, przebyty w trzech lub więcej oddziałach szpitalnych. Studyum uniwersyteckie winno kształcić na podstawach naukowych przyszłych lekarzy. Na tej podstawie, zyskanej w czasie studyów, lekarz, którego studyum nie może wykształcać, dalej sam dokształcać się może i musi.

Dla rygorazantów winny być organizowane kursy specyalne o gruźlicy, tak pustoszącej naszą ludność. W lecie r. 1916 wniosłem, by Wydział lekarski urządzał co rok dla rygorozantów kurs parotygodniowy, obowiązkowy, specyalny, o gruźlicy, ujmujący w całość zwięzłą, co o gruźlicy wiedzieć trzeba, uwzględniający etyologię, sposoby szerzenia się, zapobieganie zakażenia i zachorzenia, metody rozpoznawcze biologiczne i fizyczne, właściwości gruźlicy wieku dziecięcego, leczenie ambulatoryjne, zakładowe, szpitalne, klimatyczne, w celu dokładniejszego przysposobienia młodych lekarzy do walki z gruźlicą. Kurs taki odbył się w r. 1916.

Co pewien czas powinny się odbywać kursa uzupełniające obowiązkowe dla lekarzy, zaznajamiające ich z postępami w poszczególnych gałęziach wiedzy lekarskiej, co powinno wchodzić w organizacyę stałą studyum lekarskiego.

W zakres studyum czterolecia (studyum lekarskie trwałoby więc 6½ lat) wchodziłaby anatomia patologiczna, patologia ogólna, farmakologia, terapia ogólna, medycyna wewnętrzna, chirurgia, położnictwo, ginekologia, okulistyka, psychiatrya, neuropatologia, medycyna sądowa, laryngologia i otyatrya, dentystyka, prócz tego odbywać się powinny wykłady biologii, balneologii, bakteryologii, higieny ogólnej i społecznej, dyetetyki, rentgenologii, ortopedyi.

Włączyłem w program czterolecia wykład terapii ogólnej dlatego, że przedstawienie ogólne metod leczniczych, ich podstaw i znaczenia jest dla wykształcenia lekarskiego bardzo potrzebne i korzystne. Wykład ten powinien objąć wszystkie ważne sposoby lecznicze z uwzględnieniem zapobiegawczych sposobów leczniczych, a więc nietylko leczenie farmakologiczne w ściślejszem znaczeniu, ale także ogólne uwagi o hydro, balneo, klimato, elektro, organo, seroterapii, niemniej t. zw. przyrodolecznictwo, ich wartościowość czy też bezwartościowość.

Nie wchodząc w rozkład poszczególnych wykładów, nie wchodząc, które z nich mają być bezwarunkowo obowiązkowe (szczegóły te powinny być tematem dyskusyi zbiorowej), sądzę, że pewna stała kolejność co do przedmiotów głównych, podstawowych, powinna być ustanowiona i ściśle przestrzegany porządek obowiązkowy, a wybór wykładów nie pozostawiony dowolności ze strony bądź co bądź nieświadomych zadania studentów, dowolności zapisywania się na wykłady kliniczne, gdy się nie zna jeszcze elementów patologii; a tak niestety się dzieje, co musi prowadzić do marnowania czasu i dyletantyzmu.

Dlatego zwracam uwagę na dotychczasowe wadliwości, niedomagania w kształceniu przyszłych lekarzy; a to przecież jest głównem zadaniem i celem studyum lekarskiego, by wychodzili ze studyum lekarze naukowo myślący, a nie rzemieślniczy rutyniści.

Do należytego wyzyskania czasu, wyznaczonego dla studyum lekarskiego, do, ile możności, należytego kształcenia studentów, potrzeba koniecznie pomnożenia warsztatów dydaktycznych, utworzenia klinik propedeutycznych, wciągnięcia oddziałów szpitalnych w zakres dydaktyki. Zyskałoby się na materyale klinicznym i różnorodności tegoż, zyskałoby się większą ilość sił dydaktycznych. Kliniki czy oddziały propedeutyczne umożliwiłyby, iżby studenci początkujący w części klinicznej, rozdzieleni na poszczególne kliniki, nie marnowali czasu na przysłuchiwaniu się wykładowi, dla nich jeszcze nie przystępnemu, a posunięci w części klinicznej nie nudzili się i nie zniechęcali, słuchając rzeczy już im znanych.

Stopniowanie wykładów, jako następstwo pomnożenia warsztatów dydaktycznych dla poszczególnych kategoryi studentów z różnych lat studyów, połączoneby było z dokładniejszem zaznajamieniem z metodami i sposobami badawczymi i rozpoznawczymi, z wyrabianiem dokładniejszem spostrzegawczości, tak niezbędnej dla lekarza, a której z książki nabyć nie można, z łatwiejszem i częstszem obserwowaniem chorych tak stałych, jakoteż przychodnich.

Wyzyskanie przychodnich chorych poliklinicznych dla celów dydaktycznych przez oddawanie tych chorych w opiekę studentów starszych, którzyby tych chorych odwiedzali w ich mieszkaniach, z czego mieliby obowiązek zdawać sprawę na piśmie, byłoby uzupełnieniem nauczania klinicznego.

Ażeby czy kliniki, czy instytuty teoretyczne należycie funkcyonować mogły, należałoby je zaopatrzyć w dostateczną ilość sił pomocniczych, nie przygodnych, któreby tylko niejako przelotnie czynności pomocnicze spełniały, ale stałych, w postaci profesorów nadzwyczajnych i docentów, naturalnie płatnych.

Medycyna wewnętrzna, to macierz, podstawa dla wszystkich innych gałęzi medycyny; bez znajomości, o ile można najdokładniejszej, medycyny wewnętrznej w żadnej innej gałęzi medycyny obyć się nie można. Słusznie też domagał się Brudziński, »aby kandydaci na stanowiska nauczycielskie w działach klinicznych wydziału lekarskiego wykazywali się odbyciem dwuletniej praktyki w charakterze asystentów kliniki chorób wewnętrznych. Wszelkie wady i jednostronność w nauczaniu w zakresie wszelkiej specyalności wypływają z niedostatecznego przygotowania wykładających w zakresie kliniki ogólnej«. Do tego słusznego żądania dołączyłbym jeszcze dalsze, że tego przygotowania w zakresie medycyny wewnętrznej wymagaćby należało od wszystkich profesorów medycyny, a więc i części teoretycznych, przedewszystkiem patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii. Zaznajomienie się dokładniejsze z medycyną wewnętrzną daje gruntowniejszy pogląd na całość nauki lekarskiej. Dlatego z powodu ważności i znaczenia tej gałęzi nauki lekarskiej należy rozszerzyć czas, wyznaczany na studyum medycyny wewnętrznej, zaopatrzyć klinikę wewnętrzną obficie w siły pomocnicze, środki naukowe, lecznicze, laboratorya. Nadto co pewien czas powinni profesorowie i docenci otrzymywać stypendya na obowiązkowe podróże naukowe, by zapoznać się naocznie z metodami dydaktycznemi i urządzeniami, wprowadzanemi w uniwersytetach i środowiskach naukowych zagranicznych.

Toż samo odnosi się do pedyatryi co do czasu poświęcanego tej ważnej gałęzi, co w naszych warunkach wobec olbrzymiej śmiertelności dzieci, a szczególnie niemowląt, ze względu na przyrost ludności i utrzymanie chociażby tylko równowagi jest niezwykle ważne. Pedyatrya, sięgająca w zaranie życia, gdzie spostrzegawczość lekarza tak ważną, ważniejszą aniżeli wobec starszych, dorosłych chorych odgrywa rolę, wymaga należytego, dokładnego obycia się z objawami chorób dziecięcych i leczeniem ich.

A czy nie byłoby korzystnem rozdzielić wykłady położnictwa i ginekologii?

Czy nie należałoby, nie krępując w niczem swobody nauczania, która odnosić się może tylko do poglądów naukowych, swobody wypowiadania zdania naukowego, pomieścić w statucie organizacyjnym studyum lekarskiego wskazówek, naco wykładający przedewszystkiem zwracać ma szczególniejszą uwagę w zaznajamianiu studentów z tą lub ową gałęzią medycyny, tak aby wykłady studyum lekarskiego stanowiły razem pewną całość odpowiednio do celu studyum, jak tego domagał się także Cybulski (Uwagi nad ministeryalną reformą studyów i egzaminów lekarskich 1900).

Byłoby pożądanem, co w statut organizacyjny wejść powinno, by pomiędzy wykładającymi istniało porozumienie co do dydaktycznej strony, rozkładu tematów, na czem zyskaliby wiele studenci, a o tych przedewszystkiem, ba nawet wyłącznie chodzi. Na znaczenie i możność porozumiewania się wykładających pomiędzy sobą, układania wspólnie jednolitego programu i oznaczania rozległości wykładów zwracałem nieraz uwagę i tak n. p. w czerwcu 1916 wniosłem, by wykładający bakteryologię, higienę, medycynę społeczną, patologię, porozumiewali się co do dydaktycznej strony wykładów tak, ażeby wykłady te co do części mających znaczenie społeczne, stanowiły pewną całość. Na takiem porozumieniu dydaktycznem zyskaliby wiele studenci w zakresie

medycyny i higieny społecznej, gałęzi mającej tak doniosłe znaczenie.

Pomiędzy wykładającymi n. p. anatomię patologiczną i patologię ogólną powinno także istnieć porozumienie co do rozkładu tematów traktowanych. Zyskałoby się wiele na czasie, poświęconym tym wykładom, taki podział pracy przyniósłby znaczne korzyści, obejmowałyby te wykłady znaczniejszy obszar tematów ważniejszych, uzupełniałyby się, bo przecież o wyczerpaniu przez żadnego z wykładających w ogóle całego jakiegokolwiek przedmiotu w ciągu dla wykładu wyznaczonego czasu mowy być nie może. Wtedy tylko przez takie wzajemne uzupełnianie się tych wykładów rozdział, jaki w Austryi pomiędzy anatomią patologiczną a patologią ogólną wprowadzono, może być korzystny. Czy nie należałoby co do chirurgii zwrócić uwagi na chirurgię niejako codziennego życia, na sprawy najczęstsze, w których każdy lekarz nie specyalista, szczególnie na t. zw. prowincyi, poza główniejszymi centrami lekarskiemi, rady nierzadko udzielić musi? Czy nie należałoby zwracać baczniejszej uwagi na badanie, stwierdzanie stanu anatomicznego, rozpoznawanie spraw chorobowych, a nie zaprzątać uwagi i czasu zabiegami operacyjnymi, których zwykły lekarz nigdy wykonywać nie będzie i wprost nie umie. W niczem takie traktowanie przedmiotu nie przyniosłoby ujmy naukowości wykładu.

Zadaniem studyum lekarskiego nie jest kształcenie specyalistów. Zadaniem i celem studyum jest dać podstawy naukowe przyszłemu lekarzowi, by umiał należycie ocenić stan chorego, zarządzić i wskazać, co należy przedsięwziąść, by chorobę zwalczać.

Na błędne pojmowanie autonomii profesora zwrócić należy uwagę. Każdy profesor reprezentuje pewną gałąź nauki lekarskiej. Według częstego a błędnego pojmowania swobody nauczania, autonomii profesorskiej, każdy postępować może z katedrą według swego widzenia, a wydział lekarski nie czuje się w prawie do jakichkolwiek uwag czy wytknięć. Według utartego zwyczaju w imię tyle nam szkodzącej cierpliwej i uprzejmej tolerancyi każdy profesor robić może co mu się podoba, może wykładać i nie wykładać, zaniedbywać obowiązki swoje, które sam na siebie wziął, do czego go nikt nie zmuszał, (a czy to nie wpływa ujemnie na studentów? exempla trahunt!) może rządzić tą katedrą nieograniczenie. Pojęcie takie jest błędne. Odróżnić należy wiedzę lekarską ogólną od wykonawstwa sztuki lekarskiej. W skład wydziału lekarskiego wchodzą sami doktorowie medycyny, (a przynajmniej tylko oni wchodzić powinni), a więc ludzie posiadający ogólne wykształcenie lekarskie, ukwalifikowani do oceniania rozmaitych kwestyi lekarskich. Za wszelkie niedomagania, zaniedbania w studyum nie odpowiada, ściśle biorąc, wyłącznie profesor, lecz wydział, całe grono, które, nie ograniczając swobody co do wygłaszanych poglądów naukowych i wykonawstwa, ma jednak obowiązek przestrzegania normalności wykładów, jakoteż zwracania uwagi na stosowane metody dydaktyczne. Wtedy tylko osiągnąć może nauczanie cel swój kształcenia naukowo myślących lekarzy, a nie rzemieślniczo niejako wykonywających swój zawód.

Można być znakomitym uczonym w jakimś dziale wiedzy ludzkiej, a nie mieć zmysłu dydaktycznego i doświadczenia potemu i wskutek tego używać w najlepszej myśli metody dydaktycznej wadliwej. A więc nietylko pomiędzy wykładającymi pokrewne przedmioty powinno istnieć wzajemne porozumienie co do metody i rozkładu tematów. Porozumiewanie się wzajemne ułatwiłoby usunięcie niejednej wadliwości. Pomiędzy medycyną teoretyczną a kliniczną, praktyczną, rozluźnił się i rozluźnia się coraz bardziej związek; czy to z korzyścią dla studyum lekarskiego, dla nauki lekarskiej wogóle?

Między licznymi i ciężkimi zarzutami, jakie czyni szkole średniej wymieniony powyżej memoryał senatu akademickiego, wystosowany w sprawie reformy szkoły średniej do krajowej rady szkolnej, figuruje zarzut, iż szkoła nie zwraca uwagi na przestrzeganie przepisów, zaniedbywanie obowiązków, wadliwą pilność i wytrwałość w pracy, wogóle bierność; a czy abituryent, wchodzący do uniwersytetu, w ciągu swego kilkoletniego pobytu w uniwersytecie nie trwa dalej w tem przyzwyczajeniu wadliwem i szkodliwem, które potem dalej przynosi do życia codziennego? A rezultat tego?

Czy za częste i za długie ferye, jakie tradycyjnie w uniwersytetach naszych istnieją, nie są szkodliwe, nie przyuczają do zaniedbywania obowiązków i lekceważenia pracy, nie przynoszą ujmy nabywaniu wiedzy wogóle?

Co to jest w naszych uniwersytetach t. zw. rok szkolny? Wykłady rozpoczynają się w połowie października, a nieraz jeszcze później. Utarł się zwyczaj tolerowany, iż na Zaduszki znowu przez cały tydzień studenci na wykłady, na ćwiczenia, kursa, nie uczęszczają. Około 8. grudnia rozpoczynają się ferye Bożego Narodzenia i trwają do 7. stycznia, a więc cały miesiąc. W ostatki karnawału tydzień cały ferye. Święta wielkanocne, rozdzielające oba półrocza, trwają 4—5 tygodni. Tydzień cały trwają Zielone Święta. Doliczyć trzeba niedziele i parę świąt uroczystych, wolnych od wykładów. Około 8. a najpóźniej 10. lipca kończą się wykłady i rozpoczynają ferye wielkie, trwające do połowy października.

Jeżeli zliczymy te liczne ferye, to okaże się, że tak zw. rok szkolny trwa około 6 miesięcy, porozrywanych nadto częstemi, a nawet długiemi przerwami. Ta krótkość roku szkolnego, te liczne częste przerwy w toku nauki, dodatnio na pilność, wytrwałość w pracy, nie działają. Zbyt częste i zbyt długie przerwy w studyach rwą wciąż wątek nabytych wiadomości, a nawet pociągają za sobą cofanie się w wykładach dla wprowadzenia młodzieży w ustalone poprzednio tory. W żadnym czy wolnym czy służebnym zawodzie życia codziennego niema tak częstych i długich feryi, niema ich także w szkole średniej, a tylko w czasie studyum uniwersyteckiego młodzież może nie pracować przez większą niemal połowę roku.

Studyum lekarskie odbywa się w warunkach zupełnie odmiennych, aniżeli studya w innych gałęziach wiedzy ludzkiej, posługujących się głównie materyałem abstrakcyjnym lub każdego czasu do rozporządzenia się znajdującym. Studyum właściwe lekarskie, zależne od nastręczającego się materyału ludzkiego, którego nie można mieć o każdej porze i czasie, jest to studyum oparte na organizmie żywym, wymagającym bacznego spostrzegania, a nie traktowania abstrakcyjnego, tylko książkowego. Spostrzegawczości trzeba się uczyć obserwowaniem częstem i pilnem organizmu chorego. Dlatego też częste i długie przerwy w studyum lekarskiem są wręcz szkodliwe i przynoszą dotkliwe, a w późniejszej samodzielnej, a w wysokim stopniu odpowiedzialnej służbie społecznej lekarza, gdzie chodzi o zdrowie, ba życie, szczerby nieraz nie do powetowania, czyniące lekarza rzemieślnikiem lekarskim, rutynistą. Młodzieniec utalentowany i chętny łatwiej te szczerby wyrównywać może, ale nie z takich składa się przeważna większość studentów; dla przeważnej większości normalna, systematyczna nauka jest nieodzowną. Tylko prawidłowo przebiegające studyum nadaje lekarzowi podstawę naukową, na której on dalej dokształcanie swe sam budować może.

Co do uczęszczania na wykłady również powinna zajść zmiana. Nauka medycyny, głównie poglądowa, oparta na materyale, który nastręcza się nie zawsze, nie każdego czasu, a nawet nie o każdej porze roku w odpowiedniej do nauczania formie, wymaga zużytkowywania go dla celów dydaktycznych ciągłego w miarę, jak się nastręcza, jeżeli nauka medycyny ma przebiegać normalnie, przynieść rzeczywistą korzyść. Gdy w innych gałęziach wiedzy ludzkiej studyum książkowe może, jeżeli nie całkowicie, to w znacznej części, zastąpić wykład (jakkolwiek już i w tych działach wprowadzać poczęto seminarya, konwersatorya, nakształt naszych laboratoryów), to w nauce medycyny studyum książkowe stanowić może szczegół niewątpliwie dydaktycznie ważny (przez naszą młodzież, opierającą się głównie na zbyt często wadliwych skryptach, nie bardzo lubiany) ale tylko dodatkowy, nie główny. Dlatego też obok obowiązkowości głównych wykładów i obowiązującej bezwarunkowo kolejności wykładów pewien przymus w uczęszczaniu na wykłady jest konieczny.

W niczem przymus taki — dla nas konieczny, bośmy nie nawykli do obowiązkowości, sumiennego spełniania obowiązków, nawet przez nas samych własnowolnie przyjętych — nie obniża poziomu i charakteru studyum uniwersyteckiego, o tem bowiem decyduje duch, nastrój, jaki owiewa tak nauczających, jako też młodzież. Nasi studenci w przeważnej części są biernymi s ł u c h a c z a m i, za mało są s t u d e n t a m i w duchu tego, co mieści wyraz »studeo«; niemal od początku studyum myślą tylko o złożeniu egzaminu, uwzględniają i zwracają baczną uwagę tylko na to, co do złożenia egzaminu jest niezbędnie potrzebne, uważni tylko na zapamiętanie szczegółów pochwytanych, nie związanych organicznie, nie wynikających jedne z drugich, a nie na właściwą wiedzę lekarską.

Uniwersytet ma prawo i obowiązek kierować młodzieżą, a nie patrzeć przez palce na dowolność młodzieży nieświadomej jeszcze swych obowiązków względem społeczeństwa. Prawo to i obowiązek w stosunku do młodzieży winien uniwersytet w całej pełni wykonywać, bo jest za to, co się dzieje w uniwersytecie, przed społeczeństwem odpowiedzialny.

Jak długo ludzie składać będą egzamina, jak długo będą egzaminować ludzie, tak długo egzamina podlegać będą ludzkim błędom, ludzkim słabostkom, nie zyskają one nigdy matematycznej precyzyi. Mimo tych nieodłącznych i uniknąć się nie dających usterek, egzamina będą istniały, bo niczem innem zastąpić ich nie można. Dlatego też trzeba przynajmniej usuwać wszystko, co znaczenie i ważność egzaminów narażać może.

Nie przedkładam szczegółowego planu egzaminów lekarskich (poza egzaminem przejściowym, o którym powyżej mowa była), czy to jednego, obejmującego wszystkie do uzyskania stopnia lekarza ważne przedmioty (jak w Szwajcaryi nowa ustawa z r. 1913), czy też złożonego z dwóch części, gdy niezłożenie egzaminu z jednej części wstrzymuje składanie egzaminu z drugiej i ostatniej części (jak w Austryi). System angielski egzaminów częściowych po każdym roku studyum nie wydaje mi się korzystnym. Kandydat, składający ostateczny egzamin po ukończeniu studyum lekarskiego, obejmuje dokładniej całość medycyny, wiedza jego dojrzalsza, jednolitsza.

Organizacya egzaminów, to szczegół nie drobiazgowy. Poruszam tylko główne punkta, które, zdaniem mojem, należałoby uwzględnić.

Przedewszystkiem należałoby usunąć system, obowiązujący w Austryi, a więc i w obu naszych uniwersytetach galicyjskich, rozdziału egzaminów z poszczególnych przedmiotów w znacznych nawet odstępach czasu. Te znaczne odstępy czasu, dowolnie przez kandydata naznaczane, pociągają za sobą to zło, iż kandydat u c z y s i ę każdego przedmiotu oddzielnie, a po złożeniu egzaminu z tego, do egzaminu przygotowanego przedmiotu przystępuje do nauki następnego i traci przez to pogląd na całość wiedzy lekarskiej. Student przy tym systemie uczy się każdego przedmiotu z osobna i nie obejmuje całości. Stąd wynika, iż kandydat, który nadto w czasie studyów nie przykładał się, jak to za często się dzieje, do nauki systematycznej, nie uczęszczał nadto pilnie na wykłady, oparte na demonstracyach i okazach, czego studyum książkowe nie zastąpi, uczy się, nie powtarzając, tylko przedmiotu po przedmiocie dla egzaminu, nie nabywa wiedzy lekarskiej jednolitej, wiadomości jego są wadliwe, okruchowe.

Egzamina z przedmiotów wchodzących w zakres jednego egzaminu ścisłego powinny odbywać się bezpośrednio jeden po drugim, bez dowolnych odstępów czasu. Zmieniłoby to i wpłynęło, wprawdzie nie doraźnie, na metodę uczenia się.

System szwajcarski (ustawa z r. 1913) mieści obok ustnych odpowiedzi także sprawozdania na piśmie w szeregu przedmiotów, więc sporządzanie protokołu z sekcyi wykonanej, sprawozdania z badania przypadków klinicznych w dziale medycyny wewnętrznej, chirurgii, położnictwa, klauzurowe opracowania tematu z higieny, medycyny sądowej. Takie sprawozdania na piśmie dają pewniejszą podstawę do oceniania wiedzy i umysłowości kandydata. Egzamin z klinicznych przedmiotów opiera się na badaniu i wyjaśnianiu ustnem więcej niż jednego przypadku chorobowego, prócz tego, z którego kandydat składa pisemne sprawozdanie. Egzamin taki jest ściślejszy, dokładniejszy, nie tak pobieżny, jak u nas, gdzie egzamina przestały być de facto rygorozami, daje większą gwarancyę wiedzy kandydata. Urządzenie to szwajcarskie godne jest wprowadzenia w statut organizacyjny naszych wydziałów lekarskich.

Egzamina powinny odbywać się w obec komisyi, złożonej z egzaminatora, a co do klinicznych przedmiotów i z koegzaminatora, biorącego czynny udział w egzaminie, reprezentanta wydziału lekarskiego, komisarza rządowego, jakoteż reprezentanta Izby lekarskiej. Uznanie egzaminu za dostateczny nie powinno zależeć wyłącznie od egzaminatora, lecz od zdania całej komisyi. Na takiem urządzeniu zyska znaczenie i powaga egzaminu, nie spada odpowiedzialność wyłącznie za egzaminatora, unika się pomawiania o niesłuszne ocenienie kandydata w razie, gdy, jak to się u nas dzieje, egzaminator wyłącznie i nieodwołalnie ocenia, a członkowie komisyi t. j. dziekan i komisarz rządowy, jeżeli są przy egzaminie, są biernymi świadkami egzaminu.

Egzamina nie powinny się odbywać w dowolnych od kandydata zależnych porcyach przez rok cały. Czas, w którym egzamina mają być składane, powinien być stale oznaczony.

Samo przez się rozumie się, iż egzamina powinny się odbywać bezwarunkowo poza godzinami wykładowemi.

Naszkicowałem główne punkty co do reformy studyum lekarskiego. Możnaby niejedno jeszcze poruszyć. Poruszone to będzie z pewnością, gdy opracowane przez trzy nasze wydziały lekarskie plany reformy czy organizacyi studyum lekarskiego będą dyskutowane. Dopiero z tego wyniknie jednolity dla naszych wydziałów lekarskich plan organizacyi przedewszystkiem dydaktycznej studyum lekarskiego, plan, zastosowany do naszych stosunków i warunków.

Nie po stronie młodzieży wina wadliwej jej sprawności, wina to społeczeństwa, szkoły, uniwersytetu, w tej trójcy powinna i musi zajść zmiana na lepsze.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Rana brzucha z wypadnięciem wszystkich prawie trzew brzusznych. Wyleczenie.

Opisali

Dr Niezabitowski i Dr Türschmid.

Rany, zadane rogami bydła rogatego, zdarzają się w górach względnie często, a przyczyny tego szukać należy pewnie w warunkach topograficznych naszych górskich, wązkich i stromych ścieżyn i rozpadlin, na których bydło, płosząc się łatwiej, może ranić prowadzącą je, a nie mogącą mu zejść z drogi osobę.

Od czasu otwarcia szpitala powszechnego w Nowym Targu na dziesiątki liczyć należy przypadki zranień, zadanych rogami bydła, przyczem cechą charakterystyczną wszystkich tych zranień była ich nadzwyczajna łagodność i łatwość gojenia się mimo wszelkie przygodne zanieczyszczenia w domu, jak słomą, błotem lub nawet kałem bydlęcym, przykładanym nieraz w tych okolicach przez miejscowych znachorów na rany(!). Przypadek, niedawno przez nas spostrzegany, przedstawia się wprost jako »curiosum«, stanowiąc zarazem nowy dowód łagodności zranień, zadanych rogiem bydlęcym, mimo zrazu beznadziejnego zdawałoby się ich rokowania.

Anna K. l. 60, (L. prot. stanu chorych 1018/1917). Przypadkowo, gdy A. K. znajdowała się między bydłem, krowa zawadziła ją rogiem, rozpruwając brzuch na całej jego szerokości. Zraniona upadła, a trzewa wypadły z rozprutego brzucha na ziemię. Wylano na to parę wiader wody, wnętrzności zawinięto chustą i chorą przeniesiono do domu. Posłano po księdza, wreszcie po lekarza. Fakt zaszedł o 7. rano. Przybyłem (Dr Niezabitowski) na miejsce o 7. godz. wieczór. Zraniona leżała na lewym boku, przed nią w grube zgrzebne płótno zawinięte trzewa. Chora była blada, zupełnie przytomna, tętno wolne, słabe. Wstrzyknąwszy morfinę zarządziłem przeniesienie chorej na stół. Najprzód ododzieliłem zupełnie ze szmatą zlepione i do niej przyschnięte jelita i przy pomocy przygotowanej na poczekanin w sterylizatorze wody oczyściłem je, o ile to było możebne. Rana przedstawiała się w następujący sposób: Skóra powyżej wzgórka łonowego była łukowato na przestrzeni około 20 cm. poprzecznie rozcięta i zdarta ku mostkowi. Popod nią w linii środkowej na długości około 12 cm były mięśnie i otrzewna rozcięte aż prawie do mostka, a ze szczeliny wydostawała się sieć, żołądek, okrężnica poprzeczna i wstępująca oraz liczne pętle jelita czczego i biodrowego. Powierzchnia jelit i żołądka była ciemnoróżowa, sucha, matowa. Na przedniej powierzchni dna żołądka otrzewna była na przestrzeni korony zdarta, brocząca krwią, innych uszkodzeń nie było widać.

Tak żołądek, jak i jelita były silnie wydęte gazami, z powodu tego właśnie odprowadzenie wypadłych trzew było bardzo utrudnione.

Dokonawszy odprowadzenia, ranę pokryłem skórą i założyłem kilka szwów, a następnie pokrywszy gazą i watą, zabandażowałem, poczem chorą ułożyłem na wozie i odwiozłem do oddalonego o $2^1/_2$ mili szpitala, po drodze, idącej terenem górzystym, kamienistej i nierównej. Chora przez cały czas przewozu zachowywała się wcale spokojnie. Wypadek nastąpił rano, zanim chora zjadła śniadanie, więc też żołądek i jelita były puste.

Chorą przywieziono do szpitala o 2. w nocy, a stan jej w chwili przyjęcia był następujący: Tętno 90, regularne, dobrze napięte, ciepłota 36·2, wejrzenie ogólne zupełnie zadawalające. Podmiotowo czuje się chora dobrze i nie uskarża się na żadne boleści poza nieznacznem pieczeniem w miejscu zranienia. Wy

miotów nudności, ani czkawki niema. Język wilgotny, czysty. Brzuch nie wzdęty.

Po zdjęciu opatrunku, założonego w domu, przekonałem się, (Dr Türschmid) iż rana, biegnąca poprzecznie ponad spojeniem na długości 20 cm, była czysta, — zeszyta paru szwami jedwabnymi. Wobec niezwykle dobrego stanu chorej, braku jakiegokolwiek odczynu ze strony otrzewnej, zachowałem się zupełnie wyczekująco, zalecając spokój i ścisłą płynną dyetę.

Tegoż samego jednak dnia popołudniu, a następnych tembardziej, musieliśmy z chorą staczać formalne walki o jedzenie, jakoteż o dozwolenie na wstawanie; stan taki, niezmącony niczem, trwał aż do dnia wypuszczenia chorej ze szpitala.

Szóstego dnia wyjąłem szwy z rany, najzupełniej czystej bez śladu ropienia; stolec wystąpił w 3. dniu pobytu w szpitalu bez żadnej pomocy.

Dziś po dwóch miesiącach wedle listownej informacyi stan chorej jest zupełnie dobry.

Zapytać należy, jak wytłómaczyć sobie można ten niezwykle łagodny przebieg tego zranienia mimo pierwotnego zaniedbania, zanieczyszczenia, spóźnionej pomocy lekarskiej i podeszłego wieku chorej.

Odpowiedź na to pozostawiamy otwartą; z obowiązku literackiego jedynie wspominamy o jednem tłómaczeniu łagodności przebiegu takich zranień. Mianowicie na podstawie obserwacyi wielu zranień brzucha, zadanych rogami bydlęcymi z wypadnięciem trzew, wypowiada Poenarn-Caplesen[1]) przypuszczenie, że po pierwsze rogi bydlęce przez swoją długą »ekspozycyę na słońcu« stają się poniekąd aseptyczne (!!), a powtóre z powodu ucisku trzew wypadłych przez wązki otwór rany w otrzewnej powstaje ich znaczne przekrwienie, które, zdaniem tego autora, ma wystarczać, ażeby zatrzymać wtargnięcie drobnoustrojów w głąb przynajmniej na czas paru pierwszych godzin (!).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 28 listopada 1917

Przewodniczy: prezes kol. Ciechanowski. Obecnych: 75.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia prezes powitał gościa w osobie kol. dra Dębińskiego z Warszawy.

2) Z powodu 50-lecia Towarzystw lekarskich w Galicyi wygłosił prezes mowę, (drukowaną w »Przeglądzie lekarskim«).

3) Na wniosek prezesa uchwalono wysłać z powodu wymienionego jubileuszu depeszę z życzeniami do Towarzystwa lekarzy galicyjskich i do Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

4) Przewodniczący podaje do wiadomości, że egzekutor testamentu śp. kol. dra S. Skobla, Dr Krokiewicz, zawiadomił Towarzystwo, że śp. kol. Skobel zapisał na rzecz funduszu wdów i sierot po lekarzach 20000 koron do dyspozycyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Towarzystwu zaś zapisał swoją bibliotekę.

5) Przewodniczący wygłosił z powodu zgonu śp. kol. dra Kazimierza Krzysztonia gorące wspomnienie pośmiertne, którego zebrani wysłuchali stojąc.

6) Przewodniczący odczytuje pismo Magistratu w sprawie wydawania dla osób obłożnie chorych, poświadczeń lekarskich, na podstawie których chorzy mają otrzymać bony na mąkę, grysik, jaja, mleko, obiady i na lekarstwa.

Magistrat prosi, by świadectwa takie wydawano tylko dla ludzi niezamożnych i obłożnie chorych.

7) Na wniosek Komitetu Towarzystwa wybrano na członków w tajnem głosowaniu koleżanki: Paulinę Wasserberżankę, Fryderykę Ameisenównę i Maryę Gemską.

8) Uchwalono na wniosek prezesa zwrócić się do Koła polskiego z przedstawieniem, by przypilnowano, aby w nowotworzącem się obecnie Ministerstwie zdrowia publicznego mianowana została odpowiednia ilość urzędników Polaków.

[1]) Poenarn Caplesen: Über die Gutartigkeit der penetrierenden durch Hornstich bewirkten Abdominalwunden. Ref. Zentr. für Chirurgie 1911.

9) Na wniosek kol. Janiszewskiego uchwalono przesłać do prezydenta gabinetu polskiego, dra Jana Kucharzewskiego, uchwały Towarzystwa w sprawie zwalczania gruźlicy, powzięte na posiedzeniu w dniu 31 października. Kol. prof. Gliński zgłosił wniosek dodatkowy, by pomienione uchwały przesłać i do Departamentu spraw wewnętrznych w Warszawie na ręce dra Chodźki. Uchwalono.

10) Kol. dr Dębiński z Warszawy wygłosił wykład p. t.: **Stwardnienie płuc doświadczalne i kliniczne.** (Wykład będzie w całości ogłoszony drukiem).

Dyskusya: a) Kol. Buzdygan: Szanowny prelegent przedstawił nam bardzo zajmujący wynik swoich doświadczeń, przeprowadzonych na królikach o sposobie wywołania w płucu zagęszczeń reakcyjnych, zbliznowaceń w celach leczniczych chorego miąższu płucnego, przez wprowadzenie ciał ostrych, drażniących, w środek samej tkanki płucnej. To był cel i zadanie jego prelekcyi, z umysłu więc nie poruszał innych metod, zdążających do tego samego celu. Korzystając z tej sposobności, dla dopełnienia dzisiejszego stanowiska w leczeniu chorób płucnych, a szczególniej spraw destrukcyjnych, jam w płucach, pozwalam sobie przedstawić kilka innych metod, które sposobem mechanicznym od zewnątrz płuca przez ucisk mają zdążać do wytworzenia czynnej tkanki łącznej naokoło ogniska chorobowo zmienionego, wzgl. jamy płucnej, i to ognisko doprowadzić do zaniku, zabliźnienia, a więc wygojenia płuca. Specyaliści w leczeniu chorób płucnych i gruźlicy nie zadowalają się stosowaniem świeżego górskiego powietrza, kąpieli słonecznych, wstrzykiwania różnych tuberkulin, ale starają się drogą mechaniczną, chirurgiczną, od zewnątrz tak zadziałać na płuco, aby ognisko chore wyeliminować z płuca i płuca wygoić. Miałem sposobność przypatrzeć się z blizka w sanatoryach w Davos stosowaniu metod mechanicznych i przekonać się o ich zbawiennych skutkach. Cel tych metod, uciśnięcie dokładne ognisk gruźliczych, nacieków, uciśnięcie jamy tak, aby jej ściany, zetknąwszy się bezpośrednio, zlepiły się a wreszcie zrosły, usuwając przez to istnienie jamy, to źródło rozszerzania się choroby i krwotoków często śmiertelnych. Dzisiaj stosuje się trzy główne metody uciskowe: 1) ucisk z jamy opłucnej przez ciało lotne: odma opłucna sztuczna, 2) założenie plomby, 3) torakoplastyka. Sztuczną odmę opłucną wykonuje się powszechnie we wszystkich sanatoryach i u nas w Zakopanem. Plombowanie polega na wprowadzeniu masy nierozpuszczalnej do wytworzonej kieszeni przez wypiłowanie odpowiedniego żebra, odpreparowanie opłucnej żebrowej ponad ogniskiem choroby względnie jamą; masę wprowadza się w takiej ilości, aby ucisk był w stanie wgnieść chore miejsce. Masa ma następujący skład: Paraffini 100,o, vioformi 0,05, bismuthi carbonici 0,50. Plombę tę stosuje wynalazca Baer w sanatoryum Schweizerhof w Davos Platz. Trzecia metoda ucisku przez zapadnięcie się klatki piersiowej po resekcyi całego szeregu żeber różnej długości. Dla każdej z tych metod są odpowiednie wskazania. (Autoreferat).

b) Kol. prof. Gliński: Tkanka łączna rozrasta się tylko w tych miejscach, do których wstrzyknięto sole wapniowe. Rozwinąć się zatem może tylko stwardnienie ogniskowe, trudno zaś wyobrazić sobie, czy drogą przez prelegenta wskazaną uzyskaćby się dało stwardnienie rozlane, o jakieby chodziło przedewszystkiem w klinice.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. prof. Latkowski i prelegent.

Zast. sekr. dor. Dr. Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 9. XI 917

(Dokończenie).

Dyskusya: 1) Kol. Schramm podnosi trudność określenia siedziby guza z powodu braku objawów żołądkowych, jak również z powodu znacznej ruchomości guza i zwraca uwagę na wielką korzyść wczesnego operowania, jak długo dobry ogólny stan chorego pozwala na zniesienie tak ciężkiego zabiegu operacyjnego.

2) Kol. A. Gluziński podkreśla dobry wynik operacyjny, pomimo tak ciężkiego zabiegu i tak wielkiego guza. Ze stanowiska dyagnostyki przypadek jest bardzo interesujący. Sądzi, że przy zastosowaniu wszystkich metod badania, jak wydęcie żołądka i t. d., możeby się było udało ustalić rozpoznanie przed zabiegiem co do natury guza, jak i jego siedziby. — Zrozumiałą

jest rzeczą, że brak objawów żołądkowych nie zmuszał do tych badań, co jednak przypadek czyni niemniej interesującym. Okoliczność, że chora przez rok żaliła się na bóle, które później zupełnie ustały, mimo że nowotwór dalej się rozrastał, każe domyślać się, czy przypadkowo nie miało się tu z początku do czynienia z wrzodem żołądka, po którym następnie rozwinął się rak. Dobry stan chorej po operacyi mimo wycięcia prawie całego żołądka potwierdza zapatrywanie mowcy, wypowiedziane przed laty wspólnie z Jaworskim, a mianowicie, że żołądek jest receptorem, a nie digestorem. Ze względu na obecny chemizm tego żołądka i obecnie przypadek budzi zainteresowanie, dlatego prosi mowca kol. Schramma o odstąpienie przypadku klinice wewnętrznej celem przeprowadzenia badań w tym kierunku.

b) Kobieta lat 26 z rozpoznaniem: **Elephantiasis glabra et verrucosa.** Stopień i goleń prawie walcowato zgrubiałe, palce monstrualnie powiększone, okryte szeregiem twardych, dużych guzów, przez co tworzą jak gdyby jedną bezkształtną masę, w której głębokie bruzdy pozwalają odgraniczyć jeden palec od drugiego. Skóra wybitnie zgrubiała, twarda, nieelastyczna, nie dająca się ująć w fałd, tworzy w zgięciu skokowem duże wały nieprzesuwalne, poza tem jest połyskująca, nieco bledsza, silnie napięta, pokryta w kilku miejscach goleni licznymi drobnymi guzkami ze zrogowaciałego naskórka, szaro zabarwionymi. Na goleni pozostałości po wrzodach pod postacią licznych blizn silnie pozaciąganych, rozsianych na całym obwodzie goleni.

Za przyczynę tego schorzenia uważa prelegent owrzodzenia na goleni, które w czasie powolnego (4-letniego) gojenia się dawały w następstwie częstego zapalenia naczyń chłonnych (lymphangoitis) i przeszkód w krążeniu limfy powód do ciągłego obrzęku goleni i stopy. A nawet wygojone wrzody, t. j. pozaciągane zazwyczaj aż do kości blizny podtrzymywały zastój limfy, tak że w końcu doszło do bujania i przerostu tkanki łącznej w skórze i tkance podskórnej oraz w brodaweczkach skórnych, które na palcach rozrosły się w duże twarde guzy.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 13 listopada 1917.

Obecnych członków 25. Przewodniczący kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński.

1. Odczytano interpelacyę, wniesioną w Izbie poselskiej przez posła Halbana w sprawie gruźlicy w naszym kraju. Interpelacya opracowana została na podstawie materyału, dostarczonego przez komisyę sanitarną Towarzystwa.

2. Kol. Demianowski wygłasza odczyt: **Capacitas neurocranii u umysłowo chorych.**

Pomiarów pojemności czaszki dokonał prelegent »in vivo« metodą Lee-Pearsona na około 1500 chorych zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. Wyniki, jakie otrzymał, przedstawiają się następująco:

	mężczyźni	kobiety
Psychosis organica	1458 cm³	1288 cm³
Chorea hereditaria	1434 „	—
Hysteria	1394 „	1248 „
Psychosis constitutionalis	1392 „	1189 „
Paralysis progressiva	1385 „	1223 „
Dementia praecox	1382 „	1205 „
Epilepsia	1379 „	1158 „
Psychosis man. depr.	1372 „	1242 „
Alcoholismus chronicus	1354 „	1141 „
Paranoia	1347 „	—
Imbecillitas	1342 „	1121 „

Przeciętna dla mężczyzn równa się 1385 cm³, dla kobiet natomiast 1191 cm³. Jeżeli uwzględnimy natomiast rozpoznanie kliniczne, to największą stosunkowo wartość wykazują choroby umysłowe przy organicznych schorzeniach mózgu, najmniejszą natomiast pojemność miały czaszki w przewlekłym alkoholizmie i u nierozwiniętych umysłowo. Wyniki, otrzymane na materyale chorych, porównane z odpowiednimi pomiarami na ludności zdrowej galicyjskiej nie odbiegają od siebie.

Dyskusya: 1. Kol. Beck zauważa, że pomiary, przedstawione przez prelegenta, mają wartość przy bardzo dużym materyale. Przypomina, że czaszka »homo neandertalensis« była mała, bo tylko 1000 cm³ objętości, wykopana zaś przed 10 laty czaszka pośrednika między małpą a człowiekiem miała około 900 cm³ objętości a mózg jej obliczono około 1000 gr. wagi. Mózg Gambetty obliczono na 1200 gr. wagi. Okoliczności te nasuwać muszą przypuszczenie, że i inne czynniki substancyi mózgowej wchodzić tu muszą w rachubę, a nietylko sama waga mózgu i pojemność czaszki.

2. Kol. Kohlberger jest również tego zdania, że tylko pomiary na bardzo dużym materyale mogą mieć jakąś wartość i wnioski wysnute na małym materyale mogą być fałszywe. — Obliczenia »in vivo« są trudne i niepewne, wzory bowiem nie są uniwersalne i błędy przy obliczaniu mogą być znaczne.

3. Kol. Demianowski w odpowiedzi i dla uzupełnienia podnosi, że ilość spostrzeżeń równa 1500 pomiarom jest ilością tak poważną, że zadowolić musi najbardziej wymagającego badacza. Co się tyczy metod »in vivo«, to te praktycznie zupełnie wystarczają, zwłaszcza że wyniki służą do porównania z wynikami, otrzymanymi tą samą metodą przez innych badaczy, metoda zaś Lee-Pearsona, jako najdokładniejsza, bywa prawie wyłącznie używana przez najznakomitszych antropologów. Wynik ujemny, jaki mowca otrzymał przy swych badaniach, upoważnia go jednak do wypowiedzenia twierdzenia, że brak jest jakiejkolwiek różnicy w pojemności czaszki między jednostką zdrową a chorą umysłowo. Wyższą stosunkowo wartość pojemności w psychozach przy organicznem schorzeniu mózgu łatwo wytłómaczyć tem, że do tej kategoryi klinicznej wliczano i wodogłowie. Wynik ujemny pomiarów można było przewidzieć, gdyż trudno sobie wyobrazić, by zawiłe mechanizmy chorób umysłowych, nie dające się uchwycić najsubtelniejszemi metodami mikroskopowemi, były dostępne dla tak grubej anatomicznej metody, jak metoda antropologiczna

XII Posiedzenie naukowe z dnia 7 grudnia 1917.

Obecnych członków 24. Przewodniczący kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński.

1. Przewodniczący odczytuje telegram krakowskiego Tow. lekarskiego z życzeniami dla Towarzystwa z okazyi 50-letniego jubileuszu Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

2. Uchwalono wysłać telegramy do Ministerstwa dla Galicyi i do Prezydyum Koła polskiego w sprawie przyznania odpowiedniej liczby urzędników Polaków w tworzącem się ministerstwie zdrowia.

3. Wybrano Komisyę matkę, która ma ułożyć listę nowego zarządu na rok 1918.

4. Kol. Warchoł przedstawia:

a) kobietę 45-letnią po operacyi z powodu **wgłobienia jelita cienkiego.** Od 2 lat cierpiała chora dość często na bóle kurczowe w brzuchu, zwłaszcza w okolicy pępka. W ostatnich 3 tygodniach bóle te występowały napadowo z wielkiem nasileniem i powtarzały się kilka, a nawet kilkanaście razy dziennie. Ciepłe okłady i głodzenie się sprawiały ulgę. Od 3 dni wystąpiły wymioty po kilka razy dziennie, zatrzymanie wiatrów i stolca, uczucie pełności w brzuchu oraz silne skurcze jelit co kilka minut. W chwili przyjęcia chorej stwierdzono: W linii środkowej brzucha poniżej pępka blizna polaparotomijna (po operacyi przed 6 laty prawdopodobnie z powodu ropniaka jajowodu). Bardzo znaczny rozstęp między mięśniami prostymi poniżej pępka. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne lekko napięte. W rozstępie międzymięśnionym widoczne kontury napinających się pętli jelitowych. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że pętla jelita cienkiego jest na przestrzeni około 40 cm. wgłobiona w niżej leżący odcinek jelita. W szczycie wgłobienia wyczuwa się guz wielkości i kształtu małego jaja, konsystencyi na pół twardej. Po odprowadzeniu wgłobionego odcinka wycięto jelito wraz z guzem na przestrzeni około 10 cm i zespojono końce jelita ze sobą szwem dwupiętrowym. Następnie nacięto w obrębie rany laparotomijnej otrzewną ścienną i tylną pochewkę na obu mięśniach prostych i zeszyto szwem ciągłym ze sobą (a więc zamknięto jamę otrzewną). Drugi szew założono przez mięśnie proste i powięź, ostatni na skórę. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry, rana zagoiła się doraźnie, rozstęp międzymięśniowy został całkiem usunięty. Po wynicowaniu wyciętego jelita przekonano się, że guz wychodzi ze ściany jelita — ma postać polipa o szerokiej podstawie. Mechanizm wgłobienia prosty. Silny ruch robaczkowy jelita powyżej guza, wzmożony wskutek przeszkody w drożności, jaką stanowił guz, zatykający częściowo światło jelita, dawał sobie radę przez jakiś czas z przesuwaniem treści. W końcu jednak guz pociągał za sobą wyżej leżący odcinek jelita, przedstawiający w stanie skurczu rurę węższą, niż odcinek dolny — a z tą chwilą dalszy ruch robaczkowy zwiększał coraz bardziej wgłobienie. Naturalnie z chwilą wgłobienia wystąpiła w sposób ostry zupełna niedrożność jelita. Niedrożność jelita, wywołana przez wgłobienie, stanowi stosunkowo mały procent wśród dość licznych przypadków niedrożności na tle innych przyczyn. W większej ilości przypadków wgłobienie występuje w wieku dziecięcym, i to częściej jako wgłobienie krętniczo-kątnicze (invaginatio ileo-coecalis), a rzadziej w jelicie cienkiem. Przyczyny wgłobienia są rozmaite,

najczęściej spastyczny stan jelita. Z guzów jelitowych, które wywołują wgłobienie, pierwsze miejsce zajmują polipy i gruczolaki, dalsze zaś tłuszczaki, mięśniaki i mięsaki. Wśród chorych, operowanych w ostatnich 2 latach na oddziale chirurgicznym szpitala lwowskiego dla dorosłych z powodu niedrożności jelit, tylko w dwóch przypadkach przyczyną niedrożności było wgłobienie, mianowicie oprócz powyższego przypadku tylko jeszcze u dziewczyny 14-letniej, u której wskutek silnego wgłobienia kątnicy we własne światło doszło do zamknięcia przejścia z jelita cienkiego do grubego. W statystyce niedrożności za ostatnie 2 lata ze wspomnianego oddziału wgłobienie stanowi 6·25%.

b) Następnie przedstawia kol. Warchoł kobietę 46-letnią po **wycięciu pęcherzyka żółciowego** z powodu kamicy żółciowej. Chora miewała w ostatnich 6 latach 2—3 razy w ciągu roku napady silnych bólów, przedstawiające się jużto jako kurcze żołądkowe, jużto jako bóle opasujące, jużto jako bóle w podżebrzu lub krzyżach po stronie prawej. Bóle te, z początku bardzo silne, zwłaszcza przy oddechach, zmniejszały się i ustawały po 1—2 dniach. Ostatni napad bolów przed 2 tygodniami trwał 1½ dnia. Na żółtaczkę nie cierpiała chora nigdy, zaburzeń w trawieniu nie miała, kamieni w stolcu nie zauważyła. — Badanie przedmiotowe wykazało: W podżebrzu prawem nieco na wewnątrz od linii sutkowej na 2 palce niżej łuku żebrowego macalny przez powłoki brzuszne guz, wielkości i kształtu jaja kurzego, twardy, odpowiadający pęcherzykowi żółciowemu. Wątroba nie powiększona, prawidłowej zbitości. — Cięciem podłużnem, poprowadzonem przez prawy mięsień prosty w pobliżu jego zewnętrznego brzegu, otwarto jamę brzuszną i przekonano się, że guz jest w istocie pęcherzykiem żółciowym, wypełnionym kamieniami, lekko pozrastanym ze siecią. Po oddzieleniu zrostów nacięto otrzewnę tuż przy przejściu jej z wątroby na pęcherzyk i oddzielono pęcherzyk od wątroby. Przewód żółciowy wspólny nie był rozszerzony i nie zawierał kamieni. Między dwoma zaciskami wydobyto pęcherzyk żółciowy wraz z tkwiącymi w nim kamykami. Po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego i obszyciu kikuta otrzewną, wprowadzono dookoła niego seton. Otrzewnę ponad rowkiem pęcherzyka żółciowego częściowo zaszyto, poczem zamknięto ranę w powłokach aż do setonu. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry. Seton usunięto 3. dnia, rana zagoiła się zupełnie gładko, chora nie żali się na żadne dolegliwości. — Po otwarciu pęcherzyka żółciowego znaleziono w nim dwa duże kamienie żółciowe o powierzchni gładkiej.

Z pośród zabiegów, wykonywanych na pęcherzyku żółciowym, zdaniem prelegenta największe zastosowanie ma wycięcie woreczka żółciowego.

Przyczyna tego leży w tem, że 1. jestto zabieg doszczętny, dający trwałe wyniki, 2. w przypadkach ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego zabieg ten jest najwięcej wskazany, 3. podjęty w odpowiednich warunkach zabieg ten daje nieznaczny odsetek śmiertelności, nie większy, niż utworzenie przetoki pęcherzykowej, które ma wiele stron ujemnych, a mianowicie: a) nie można go wykonać w przypadkach, gdzie ściany pęcherzyka są znacznie zmienione bliznami lub owrzodzeniami; b) nie zapobiega nawrotom kamicy, gdyż nie usuwa miejsca powstawania kamieni; c) powoduje często trudne do usunięcia przetoki żółciowe, a operacya z powodu przetok daje aż 10% śmiertelności. Z powyższych powodów metoda, polegająca na otwarciu pęcherzyka żółciowego, opróżnieniu go z treści i następowem zaszyciu nacięcia, wychodzi dzisiaj prawie całkiem z użycia.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie uczestniczyło przez swego prezesa w deputacyi do Namiestnika oraz w telegraficznem przedstawieniu rzeczy Ministerstwom i Cesarzowi z powodu braku żywności w Galicyi i rozruchów głodowych w Krakowie.

— Dr Tadeusz Kleczkowski, asystent Uniwersytetu, habilitował się z zakresu okulistyki.

— Otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Kalendarz lekarski krakowski na r. 1918 ze względu na trudności techniczne nie ukaże się. Dr Adolf Klęsk, redaktor Kalendarza«.

— Otrzymujemy następującą wiadomość: 50-letni jubileusz dyplomu doktorskiego obchodził w Jaśle d. 13. stycznia 1918 r. Dr Waleryan Macudziński, emerytowany dyrektor szpitala. Uroczystość odbyła się cicho w gronie rodziny i kilku serdecznych przyjaciół. Czcigodny Jubilat może być dumny, że ma za sobą długi szereg chwalebnie przeżytych lat pracy, trudów i ofiar. Jako gorący syn Ojczyzny walczył za młodu za jej wolność. Dziś niemniej ofiarnie i z poświęceniem stawał tam, gdzie go serce i głos sumienia powoływały, niosąc pomoc, opiekę i radę rzeszom biednych, chorych i rannych. Podczas najazdu nieprzyjacielskiego stał się Jubilat opiekunem dla wszystkich chorych i nieszczęśliwych, objął napowrót w swe ręce szpital, pozbawiony lekarzy i jak mąż opatrznościowy trwał na wyłomie, póki nie przeminęły czasy grozy i klęski. Ludność, zaufana w jego sztuce lekarskiej, garnęła się i garnie do niego, błogosławiąc latom jego życia pożytecznego, a tak znojnego. Kto zna choć nieco warunki pracy i bytu lekarza na prowincyi, ten zaiste z uwielbieniem musi czoło pochylić przed zasługą Jubilata.

Redakcya naszego pisma dołącza ze swej strony najszczersze życzenia i wyraz hołdu dla Czcigodnego Jubilata.

Lwów. Jak wiadomo, powstała w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem myśl ujęcia wszystkich krzywd i zaniedbań Galicyi na polu sanitarnem w jedną całość celem przedstawienia czynnikom miarodajnym rzeczywistego stanu rzeczy w tym względzie i żądania poprawy. W toku prac nad tym przedmiotem postanowiono akcyę tę rozszerzyć w ten sposób, że utworzył się osobny stały »Komitet sanitarnej odbudowy kraju«, do którego zaproszono przedstawicieli wszystkich najważniejszych instytucyi lekarskich i sanitarno-humanitarnych. W ten sposób zorganizowany komitet rozpoczął już swą działalność pod przewodnictwem prof. Dr Henryka Halbana. Obowiązki sekretarza objął Dr K. Bocheński (Lwów, Akademicka 21). Spodziewać się należy, że praca komitetu, podjęta bezinteresownie dla dobra i przyszłości kraju, znajdzie poparcie wszechstronne i spotka się nietylko z uznaniem, ale i ze zrozumieniem ze strony czynników miarodajnych.

— Od stycznia b. r. zwinięte zostały pawilony dla chorych rezerwowego szpitala Czerwonego Krzyża we Lwowie. Szpital ten, od początku wojny urządzony na 1000 łóżek, ze strony leczonych w nim żołnierzy cieszył się wielkiem uznaniem i wdzięcznością. Nie pora zastanawiać się obecnie nad tem, co było przyczyną zamknięcia szpitala i czy temu nie można było przy dobrej woli zapobiedz, żałować jednak należy, że instytucya ta nie zdołała wytrwać na swem stanowisku do końca wojny.

Warszawa. W szpitalach warszawskich wybuchło bezrobocie służby i urzędników. Lekarze szpitalni ogłosili zbiorowy uroczysty protest przeciw bezrobociu, jako zbrodni wobec chorych. Obsługę chorych zdołano zorganizować z pomocą ochotników i milicyi. Według ostatnich wiadomości służba szpitalna powraca częściowo do pracy mimo trwającego jeszcze ogólnego bezrobocia w mieście, które wybuchło w ślad bezrobocia szpitalnego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

N. 160. 9/5

Ogłoszenie.

Magistrat m. Kielc ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego w Kielcach z płacą 7.300 koron rocznie.

Reflektujący na powyższą posadę winien przedstawić:

1. dyplom lekarski,
2. świadectwo zdolności fizycznej, wystawione przez lekarza powiatowego, ponadto podać swój wiek, przynależność państwową, oraz dotychczasowe curiculum vitae.

Oferty przyjmowane będą do dnia 15-go lutego b. r.

Magistrat m. Kielc. 282

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 5. Kraków, 2. lutego 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 2. lutego 1918. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr. A. Rosner).

Zabieg Alexandra-Adamsa przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy

podał

Doc. Dr. January Zubrzycki

asystent kliniki.

Prawidłowe położenie macicy, to jest położenie, w którem oś podłużna trzonu macicy, leżącego ku przodowi i oś podłużna ciała kobiety przy niewypełnionym pęcherzu moczowym i pustej odbytnicy przecinają się prawie pod kątem prostym, może, jak to powszechnie wiadomo, uledz pod wpływem różnych czynników pewnym anatomicznie określonym zmianom. W praktyce spotykamy najczęściej dwa rodzaje patologicznego ułożenia macicy: tak zwane tyłozgięcie macicy wolne (retroflexio uteri libera) i tyłopochylenie macicy wolne (retroversio uteri libera). Przez pierwsze rozumiemy zgięcie trzonu macicy względem jej szyi, przez drugie zaś zgięcie macicy w całości, a więc trzonu wraz z szyją względem pochwy ku tyłowi. A mówimy o wolnem tyłozgięciu lub tyłopochyleniu wtedy, gdy nieustaloną względem otoczenia żadnymi zrostami, ani też zlepami macicę można odprowadzić w jej prawidłowe położenie ku przodowi bez większych trudności. Obydwie wspomniane nieprawidłowości mają ten sam mechanizm powstawania, sprawiają te same objawy chorobowe i, co najważniejsza, występują w większej części przypadków równocześnie. Przeważna więc część autorów, opierając się na powyżej przytoczonych danych i uwzględniając równocześnie i to, że leczenie obu tych zboczeń polega na jednej i tej samej zasadzie, uważa je wprost za jedną sprawę chorobową i określa wspólnem mianem tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy (retroflexio-versio uteri).

W pewnej liczbie przypadków może tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy istnieć, nie sprawiając żadnych zupełnie dolegliwości. Częściej jednak wiedzie ono do ogólnie znanych podmiotowych objawów i niedomagań, a nawet niejednokrotnie do zaburzeń w fizyologicznej czynności narządów rodnych, zmuszając wówczas chore do zasięgnięcia porady lekarskiej. Postępowanie lecznicze w tych razach podzielić można na dwie zasadnicze grupy: zachowawczo-ortopedyczne i operacyjne. Nie mam zamiaru wdawać się tutaj w szczegółowy opis, ani w krytykę obu tych działów, a pomijając pierwszy zupełnem milczeniem, omówię tylko w krótkich słowach nieznaczną część postępowania operacyjnego przy tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy wolnem.

Chirurgiczne leczenie omawianego cierpienia przedstawia się co do liczby najróżnorodniejszych metod operacyjnych wcale pokaźnie. Obejmuje ono bowiem podług zestawienia van de Veldego dwieście siedemnaście zabiegów, które autor ten dzieli według pewnych wspólnych cech na osiemnaście grup. Nic więc dziwnego, że każdy prawie operator, każda klinika lub oddział ginekologiczny postępuje w tych przypadkach według innego planu i schematu, stosując zabiegi, zdaniem swojem najmniej niebezpieczne i najlepsze dające wyniki.

W klinice położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego od lat przeszło dziewięciu leczy się tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy w przypadkach, nadających się do operacyi, zapomocą zabiegu Alexandra-Adamsa. Korzystając z materyału klinicznego, postanowiłem wyniki, uzyskane przy pomocy tej metody, w krótkości zebrać i poniżej przedstawić.

W roku 1840 podał Alquie sposób operacyjnego leczenia wypadnięcia macicy, który w przeszło czterdzieści lat później, w roku 1881, dwaj operatorowie, Alexander i Adams, prawie równocześnie, chociaż niezależnie od siebie, zastosowali przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy wolnem. Wyniki, uzyskane przez nich, zachęcały do dalszych prób w tym kierunku, a stronę techniczną, jak nie mniej i wartość leczniczą wspomnianego rękoczynu omawiano od tego czasu niejednokrotnie na zjazdach naukowych i w rozprawach fachowych. Do dziś dnia jednak sprawy ostatecznie nie rozstrzygnięto i gdy jedni z autorów uważają operacyę Alexandra-Adamsa, zwaną także Alquie-Alexandra, za zabieg najlepszy przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy wolnem, to drudzy są wprost przeciwnego zdania i odmawiają jej wszelkiego znaczenia leczniczego. Starano się również zabieg ten modyfikować i upraszczać, tak że dzisiaj mamy już dziewięć rozmaitych jego odmian. Zasada jednak pozostała wszędzie tasama, a opiera się ona na tem spostrzeżeniu, że przez skrócenie więzadeł obłych ku tyłowi zwróconej macicy możemy ją znowu wprowadzić w jej prawidłowe pochylenie ku przodowi. Technikę i przebieg tego zabiegu w tej formie, w jakiej on w klinice krakowskiej bywa stosowany, w krótkości poniżej przytaczam.

Po wyjałowieniu skóry nalewką jodową, której od szeregu lat w tym celu ze znakomitym skutkiem używamy, przystępujemy do samego zabiegu, który przedstawia się, jak następuje. Cięciem 5—8 cm długiem, poprowadzonem równolegle do więzadła Pouparta i tuż ponad niem, począwszy od wzgórka kości łonowej na zewnątrz, przecina się skórę i tkankę podskórną aż do powięzi skośnego zewnętrznego mięśnia brzucha. Na lśniącej i czysto wypreparowanej powięzi wyszukujemy zewnętrzne ujście kanału pachwinowego. Znalezienie »włókien między odnogami« (fibrae intercrurales), to jest włókien powięzi, które biegną poprzecznie do reszty, a równolegle do górnego brzegu ujścia kanału pachwinowego (crus superius annuli inguinalis subcutanei), oznaczających jego pobliże, zadanie to w znacznym stopniu ułatwia. Ujście kanału pachwinowego podskórne wypełnia tkanka tłuszczowa, znana pod nazwą kropli tłuszczowej Imlacha, występująca z ujścia po uciśnięciu kanału. Ona to, odcinając się bardzo wyraźnie od otoczenia, wyklucza możliwość pomyłki. Po wypreparowaniu otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, które przy uwzględnieniu powyższych wskazówek na żadne zgoła nie natrafia trudności i przy jakiej takiej wprawie zawsze wiedzie do celu, chwyta się w zębate kleszczyki, wprowadzone do kanału, zawartość jego i przez pociąganie za nie napina się powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, stanowiącą sklepienie kanału pachwinowego. Tak napiętą powięź przecina się ostrzem noża, wprowadzonego ukośnie do kanału pachwinowego. Nadmieniam, że przy tem zwrócić należy szczególniejszą uwagę na to, aby niepotrzebnie nie przeciąć włókien mięśnia skośnego wewnętrznego i włókien poprzecznego mięśnia brzucha, które stanowią dalszą część sklepienia kanału pachwinowego i nie tylko w wykonaniu zabiegu nie przeszkadzają, lecz zachowane w całości chronią nawet do pewnego stopnia przed ewentualnem wytworzeniem się przepukliny w bliźnie pooperacyjnej. Trzymając w kleszczykach uchwyconą już przedtem zawartość kanału pachwinowego, wypreparowuje się następnie na

tępo biegnące w nim więzadło obłe macicy. Leży ono najgłębiej ze wszystkich tworów, zawartych w kanale pachwinowym, obok nerwu nasiennego zewnętrznego, którego przecięcie lub uszkodzenie wywołać może następowo silne miejscowe bóle, o czem przy preparowaniu zapominać nie należy. Wystrzegać się również trzeba, by zamiast więzadła obłego nie wypreparować włókien ścięgnistych powięzi mięśni brzusznych lub włókien mięsnych, przebiegających w kanale pachwinowym, a odpowiadających dźwigaczowi jądra u mężczyzny. Pomyłka ta, która przy pewnej uwadze jest wykluczona, może zabieg utrudnić i powikłać. Pociągając wreszcie za wypreparowane i oddzielone od otaczających tkanek więzadło obłe, odsłaniamy z kolei uchyłek pokrywającej go częściowo otrzewnej (processus vaginalis peritonei) i zesuwamy go na tępo ku jamie brzusznej. Staramy się przy tem postępowaniu nie otworzyć otrzewnej, co ostrożnie preparując zwykle osiągnąć można. Wyciągnąwszy w ten sposób odpowiednio długi kawałek więzadła na zewnątrz z jamy brzusznej, przykrywamy ranę wyjałowionym kompresem i wykonujemy powyżej opisany zabieg w ten sam sposób po drugiej stronie.

Po odpreparowaniu obustronnych więzadeł do równej długości, odprowadza asystent (nie czynny przy zabiegu) macicę w jej prawidłowe położenie i celem ustalenia jej na czas gojenia się rany zakłada krążek. W dalszym ciągu przecinamy więzadła przy wzgórku kości łonowej i wszywamy w powięź mięśni brzusznych w ten sposób, że zeszywając przecięte rozcięgno, chwytamy w każdy z kolei szew więzadło. Dlatego to, począwszy od ujścia podskórnego kanału pachwinowego, które z obawy przed przepukliną bardzo dokładnie zamykamy, aż do zewnętrznego kąta rany w powięzi więzadło przyszyte jest tylu szwami, ile ich potrzeba było do zespolenia przeciętego rozcięgna. Pozostały kawałek więzadła po podwiązaniu odcinamy. Jako szwów umocowujących używamy pojedynczych lub ciągłych szwów katgutowych. Kończymy zabieg zeszyciem skóry. Szczególniejszą uwagę zwrócić należy na bezkrwawe operowanie, gdyż wtedy z jednej strony nie zalewa nam krew pola operacyjnego i nie przeszkadza w odszukaniu więzadła, z drugiej strony unikamy w ten sposób tworzenia się śródtkankowych wylewów krwawych, tak łatwo, jak wiadomo, ulegających zropieniu.

Zabieg sam, wykonany w sposób wyżej opisany, nie przedstawia zgoła żadnych trudności, a średnio nie trwa dłużej, niż 30 minut. Odnalezienie ujścia podskórnego kanału pachwinowego i samego więzadła obłego jest rzeczą zupełnie prostą i musi przy zachowaniu powyższych wskazówek udać się niezawodnie. Ponieważ nie przecinamy mięśni innych prócz powięzi skośnego zewnętrznego mięśnia brzucha, przeto naprzód nie osłabiamy ścian kanału pachwinowego, a powtóre nie możemy wejść w konflikt z powięzią poprzecznego mięśnia brzucha i z leżącemi pod nią naczyniami nabrzusznemi dolnemi; dalej ponieważ nie otwieramy otrzewnej, więc i niebezpieczeństwo, związane z samym zabiegiem, jest prawie żadne lub tak nieznaczne, że nie wchodzi zupełnie w rachubę. Wykonany w ten sposób zabieg nie wiedzie do zmiany stosunków anatomicznych narządów rodnych kobiety, nie sprawia żadnych zaburzeń w jej fizyologicznem życiu płciowem i nie wywołuje żadnych niebezpiecznych, życiu zagrażających powikłań w czasie ciąży lub porodu, jak to przy niektórych innych metodach operacyjnych zdarzyć się może (ventro-et vaginofixatio corporis uteri).

Przystępuję teraz z kolei do omówienia wyników, uzyskanych zapomocą powyżej opisanego chirurgicznego leczenia. Materyał, którym w ogólności rozporządzam, wynosi 134 przypadków. Operowano tylko chore z tyłozgięciem i tyłopochyleniem macicy wolnem, u których leczenie ortopedyczne albo nie odnosiło żadnego skutku, albo też z powodu jakichkolwiek, od nas niezależnych przyczyn było niewykonalne. Przypadki, w których stwierdzono zrosty otrzewne w zatoce Douglasa, lub nacieki zapalne w tkance okołomacicznej, wywołujące trudności w odprowadzeniu macicy ku przodowi, uznawano za nie nadające się do omawianego zabiegu. W zestawieniu podaję wyniki, uzyskane przy pomocy zabiegu Alexandra-Adamsa na klinice położniczo-ginekologicznej U. J., przyczem nadmieniam, że przy wyjściu chorych do domu, a więc średnio w szesnaście dni po operacyi, zawsze we wszystkich przypadkach stwierdzić można było macicę, leżącą prawidłowo ku przodowi. Z tego wynika, że procent wyleczenia, licząc okrągło, w dwa tygodnie po zabiegu wynosił 100%. Ani razu nie było zejścia śmiertelnego i ani razu nie spostrzegano wytworzenia się w bliźnie pooperacyjnej następowej przepukliny, która w ogóle występować ma bardzo rzadko. W lipskiej klinice na 136 zabiegów, wykonanych sposobem Alexandra-Adamsa, tylko w dwóch przypadkach powstały pooperacyjne przepukliny. Sądzę, że nieprzecinanie mięśni głębszych i dokładne zeszycie powięzi mięśni brzusznych oraz doraźne zagojenie się rany w zupełności zabezpiecza przed tem następstwem. W odniesieniu do przypadków, leczonych w naszej klinice, zauważyć należy, że rany w 90% zgoiły się doraźnie, w 10% zaś goiły się przez dłuższy lub krótszy czas »per secundam«. Kosmetyczne wyniki nic nie pozostawiały do życzenia, gdyż nawet blizny, powstałe po zagojeniu się przez ziarnkowanie (per secundam), kryjąc się w fałdach skórnych, prawie zupełnie były niewidoczne, a cóż dopiero blizny po zgojeniu się doraźnem, które z czasem ginęły, że tak powiem, bez znaku, pozostawiając jako ślad po sobie nieco bielszą od otoczenia, cieniuteńką linię.

Z tych 134 przypadków zgłosiło się później do zbadania 54, i te podług czasu ubiegłego od zabiegu zestawiłem poniżej w tablicy I.

Tablica I.

Liczba lat od zabiegów	Ogólna ilość badanych przypadków	Liczba nawrotów	Liczba przypadków z dobrym wynikiem
5	8	1	7
4	6	1	5
3	10	3	7
2	13	4	9
1	17	3	14
Razem	54	12	42

Jak z powyższego zestawienia widać, na pięćdziesiąt cztery przypadki, badane w pewien dłuższy czas po zabiegu, w dwunastu wróciła macica do pierwotnego nieprawidłowego położenia, wywołując te same objawy, co i przed operacyą. Ilość nawrotów, wyrażona w procentach, wynosi więc 22·3%, co odpowiada mniejwięcej liczbom, uzyskanym przez Beurniera (23·5%), Koetschaua (22%), Burragea (23%). Nadmienić jednak muszę, że nie wszyscy autorowie podają zgodne z naszymi wyniki. Niektórzy z nich, jak Eberlin, nie otrzymywali po zabiegu Alexandra-Adamsa w ogóle nawrotów, inni natomiast (Andersch) obliczają ilość nawrotów w operowanych przez siebie tą metodą przypadkach na 44%. Uzyskana zaś na podstawie całego szeregu prac zajmujących się tą sprawą średnia liczba wynosi podług Fütha 12·42%.

W celu porównania wyników, otrzymanych przy pomocy omawianego zabiegu, z niektórymi innymi z najczęściej używanych przy wolnem tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy metod operacyjnych, przytaczam kilka liczb, wyjętych z prac różnych autorów, zestawiając je razem w tablicy II.

Tablica II.

Rodzaj zabiegu	Nazwisko autora	Procent nawrotów	Średni procent nawrotów
Vaginofixatio uteri	Hahl Fehling Pfanenstiel Olshausen Cohn Dührssen	12% 15% 12·5% 21·5% 4% 13%	13%
Ventrofixatio corporis uteri	Küstner Olshausen Cohn	0% 0% 6%	2%
Fixatio ligamentorum abdominalis (Doleris)	Doleris Schauta Ill	0% 0% 8%	2·7%
Fixatio ligamentorum vaginalis	Pfanenstiel Bucura Halban	48·2% 47% 23%	39·4%

Cyfry te objaśniają najlepiej, co i jaką metodą przy leczeniu wspomnianego cierpienia uzyskać można. Jak z powyższego widać, tylko trzy z powyżej zestawionych sposobów operacyjnych mogą współzawodniczyć pod względem trwałości wyników z zabiegiem Alexandra-Adamsa. Są to: 1) przyszycie trzonu macicy do powłok brzusznych (ventrofixatio corporis uteri), 2) przyszycie domacicznych końców więzadeł obłych do

powłok brzusznych (fixatio ligamentorum abdominalis), 3) przyszycie macicy do ściany pochwy (vaginofixatio uteri). Najkorzystniejsze bezsprzecznie wyniki osiągnąć można przy zabiegach, polegających na przyszyciu trzonu macicy do powłok brzusznych (ventrofixatio corporis uteri), tak że operacya Alexandra-Adamsa, dająca średnio 12·42% nawrotów, nie może z niemi pod tym względem współzawodniczyć. Pomimo to jednak posiada omawiany zabieg tę niewątpliwą zaletę w odróżnieniu od wspomnianej metody operacyjnej, że po pierwsze przebiega zupełnie zewnątrzotrzewnie, przedstawiając tem samem mniejsze znacznie niebezpieczeństwo dla życia chorej, po drugie nie zmienia stosunków anatomicznych narządów rodnych i nie wywołuje zaburzeń w ich czynnościach fizyologicznych (ciąża, poród), co przy przyszyciu macicy do powłok brzusznych, o ile nie postaramy się zapobiedz możliwości zajścia w ciążę przez równoczesną sterylizacyę, jest prawie nieuniknione.

Drugim z kolei zabiegiem, przewyższającym znacznie operacyę Alexandra-Adamsa co do trwałości uzyskanych wyników, jest przyszycie domacicznych końców więzadeł obłych do powłok brzusznych (fixatio ligamentorum abdominalis m. Doleris). Metoda ta daje średnio tylko 2·7% nawrotów; posiada wprawdzie tę zaletę, że nie zmienia fizyologicznej czynności narządów rodnych, że więc ciąża i poród po tym rękoczynie zupełnie prawidłowo przebiegać mogą, ale wymaga otwarcia otrzewnej. To, rzecz jasna, powiększa niebezpieczeństwo, wynikłe dla chorej z powodu samej operacyi, na które chorej nie narażamy, posługując się zabiegiem Alexandra-Adamsa, wykonanym w powyżej opisany sposób.

Nie można również pominąć milczeniem opisywanych nierzadko przypadków uwięźnięcia pętli jelit skutkiem zmienionych stosunków anatomicznych w jamie brzusznej po przyszyciu tak trzonu macicy, jak i domacicznych końców jej więzadeł obłych do powłok brzusznych. Obawa przed tem powikłaniem pooperacyjnem przeważa między innemi szalę na korzyść rękoczynu Alexandra-Adamsa, obniżając równocześnie wartość obu wspomnianych zabiegów.

W odniesieniu do rękoczynu, polegającego na przyszyciu macicy do ścian pochwy (vaginofixatio uteri), nadmienić należy, że po pierwsze wyniki, uzyskane przy jego pomocy (13% nawrotów), nie wiele różnią się od wyników, uzyskanych przy pomocy rękoczynu Alexandra-Adamsa (średnio 12·42% nawrotów), że po drugie narażamy przy nim chorą na niebezpieczeństwo, wywołane otwarciem otrzewnej, a po trzecie upośledzamy czynność fizyologiczną narządów rodnych, skutkiem zmiany stosunków anatomicznych. Nie mając zatem żadnego »za«, a właściwie tylko same »przeciw« w odniesieniu do metod operacyjnych, polegających na przyszyciu macicy do ścian pochwy, musimy uznać wyższość nad niemi wszystkich wyżej wspomnianych zabiegów.

Rozważywszy to wszystko, dojść musimy do przekonania, że z pośród wymienionych, a rywalizujących ze sobą metod operacyjnych dwie głównie zasługują na uwagę, a mianowicie: skrócenie więzadeł obłych sposobem Alexandra-Adamsa i przyszycie domacicznych końców ich do powłok brzusznych (fixatio ligamentorum abdominalis m. Doleris). Wspólną zaletą obydwu tych zabiegów jest to, że nie wpływają one na zmianę fizyologicznych czynności narządów rodnych i nie sprawiają w nich żadnych zaburzeń, (ciąża i poród przebiegają zupełnie prawidłowo), a istniejące pomiędzy niemi różnice polegają na tem, że pierwszy z nich daje wprawdzie dość znaczny procent nawrotów, lecz nie zmienia stosunków anatomicznych w jamie brzusznej i nie naraża chorej na tak znaczne niebezpieczeństwo, jak drugi, który przy zupełnej prawie rękojmi wyleczenia pociąga za sobą ewentualność powikłań pooperacyjnych, wynikłych już to z powodu otwarcia otrzewnej, już też z powodu zmiany anatomicznych stosunków w jamie brzusznej. W braku więc metody, któraby łączyła w sobie wszystkie korzyści, nie posiadając równocześnie żadnych stron ujemnych, powinniśmy wybór rodzaju zabiegu stosować do warunków, z jakimi w danym przypadku mamy do czynienia. Czynniki takie, jak wiek chorej, nasilenie objawów, wywołanych tyłozgięciem i tyłopochyleniem macicy wolnem, liczba poprzednich porodów, wreszcie stan ogólny zdrowia operowanej, — to czynniki, którymi między innemi kierując się przy wyborze rodzaju rękoczynu, z pewnością nie obierzemy fałszywej, ze szkodą dla chorej połączonej drogi.

Jak można pomódz jednorękiemu?

Podał

Dr Adolf Klęsk,

lekarz pułkowy,

szef szpitala c. k. szkoły inwalidów w Krakowie.

Do najdotkliwszych uszkodzeń należy bezwątpienia utrata jednej, a co gorzej obu kończyn górnych, a uszkodzenia te nie należą wcale do rzadkości. Na 1000 uszkodzonych przypada średnio u nas zawsze około 60 jednoręcznych, a 2 bez obu kończyn górnych. Dawniej jednoręczni traktowani byli nieco po macoszemu, a dopiero w obecnej wojnie zajęto się energicznie ich sprawą, a mianowicie, zamiast, jak dawniej, uważać ich za zupełnych inwalidów, którzy potem chodzą z katarynkami lub spełniają nędzne jakieś usługi, postanowiono ich kształcić, by uczynić z nich to, co uczynić się da i powinno, to jest pożytecznych nadal członków społeczeństwa. A cel ten osiąga się podwójną drogą. Z jednej strony przez kształcenie jednoręcznych w specyalnie na ten cel prowadzonych kursach i pracowniach (zwykle przy szkołach inwalidów), a dalej przez odpowiednie dopasowywanie im sztucznych kończyn (protez) do pracy.

Uważając problem jednoręczności za bardzo ważny społecznie, a mając pod tym względem jeszcze z przed czasów wojennych odpowiednie doświadczenie, założyłem i ja przy krakowskiej szkole inwalidów szkołę dla jednoręcznych i o jej celach, sposobach nauki i osiągniętych wynikach pomówię poniżej.

Przeważnie panowało i panuje dotąd mniemanie, że człowiek z jedną ręką, zwłaszcza bez protezy, jest niemal zupełnie niezdolny do pracy, a nawet w codziennem życiu potrzebuje opieki. Zdanie to jest z gruntu fałszywe, a to z dwóch powodów: 1) Człowiek każdy pozornie tylko wykonuje wiele czynności oburęcznie. Zwykle wykonuje je jedną ręką, a druga służy tylko do mechanicznej podpory. 2) Jedną jedyną rękę może człowiek wyrobić sobie tak wspaniale, że dochodzi przytem do zdumiewających wyników. Dość wspomnieć, że n. p. jednoręczny hrabia Zichy gra koncertowo na fortepianie.

To fałszywe założenie w dawniejszych czasach prowadziło w prostej drodze do usiłowań zastąpienia brakującej ręki — ręką sztuczną czyli protezą bez prób kształcenia ręki pozostałej.

Historyczne wzmianki o sztucznych członkach spotykamy już w odległej starożytności, a szczegółowo zebrał je Karpiński w swej pracy: Studien über künstliche Glieder. (Berlin 1881). Spotykamy n. p. na wazach, pochodzących z IV wieku przed Chrystusem, podobizny protez. Herodot wspomina, że Hegesistratos z Elis odciął sobie sam stopę, by uwolnić się z kajdan w więzieniu spartańskiem, następnie przyprawił sobie nogę drewnianą i dalej walczył ze Spartanami. Wzmiankę o sztucznej ręce spotykamy u Pliniusza młodszego, który wspomina, że w czasie drugiej wojny punickiej Markus Sergiusz utracił prawą rękę, a na jej miejsce sporządzić sobie kazał żelazną, którą dalej walczył. Słynną jest żelazna ręka Götza z Berlichingen, znajdująca się obecnie na zamku w Jagsthausen. Sporządził ją rycerzowi jakiś nieznany płatnerz (kowal, kujący zbroje) w Olnhausen, wiosce, położonej niedaleko Jagsthausen. Ręka ta jest z żelaza, ma palce zginające się we wszystkich stawach i prostujące nagle przez ucisk guzika (mechanizm, analogiczny do odciągania i spuszczania kurka u strzelby). Słynną stała się też żelazna ręka rozbójnika morskiego Barbarossy Horuka (r. 1517). A. Paré zastosował również sztuczną żelazną rękę, a wykonał ją w Paryżu kowal, znany pod nazwą: małego lotaryńczyka. Mechanik Laurent w r. 1761 wykonał sztuczną rękę, z pomocą której inwalida podobno jadł, pił, zdejmował kapelusz, a nawet pisał.

W instytucie Fryderyka-Wilhelma w Berlinie znajduje się sztuczna ręka, poruszana dźwigniami, z wieku XVIII pochodząca, wykonana przez Klingerta we Wrocławiu. Berliński dentysta Ballif w r. 1812 podał sztuczną rękę, w której po raz pierwszy zużytkował naturalne ruchy do pracy. W ręce tej skurczone palce sztuczne prostowały się przez prostowanie i podnoszenie łokcia. Myśl tę rozwinęła dalej artystka berlińska Karolina Eichler. Holenderski rzeźbiarz van Peeterssen przedstawił w r. 1844 Akademii umiejętności w Paryżu modele swych sztucznych rąk, poruszanych zapomocą strun ruchami ramienia. Do protez tych (przeznaczone one były dla inwalidy bez obu rąk) dołączony był gorset. Bardzo skomplikowaną rękę wykonali dla śpiewaka

operowego Rogera w Paryżu słynni mechanicy Charrière, Mathieu i Béchard. Roger występował z ręką tą nadal na scenie. Ruchy odbywały się przez przenoszenie siły mięśniowej ze zdrowego ramienia. Pomysłowa była też sztuczna ręka, wykonana przez zegarmistrza Dalischa dla siebie samego. Zastosował on ciśnienie powietrza z pomocą balona, umieszczonego pod pachą.

Na zasadzie wyzyskania ruchów ramienia i przenoszenia siły z pomocą strun, zbudowane są też słynne ręce amerykańskiej firmy: Carnes artificial Limb Co, kosztujące po 250 dolarów. W obecnej wojnie mnożą się stale modele, oparte mniej więcej na wspomnianych zasadach, ale coraz więcej zaczyna wyrabiać sobie prawo obywatelstwa tak zwana ręka do pracy.

Wspomniane powyżej sztuczne ręce są bardzo skomplikowane, drogie i psują się łatwo. Dobre jeszcze są one dla ludzi ze sfer inteligencyi, natomiast dla szerszego ogółu potrzeba protezy zwykłej, prostej, a dogodnej do pracy. Podobnie jak i inni zrobiłem i ja to smutne doświadczenie, że im proteza jest więcej skomplikowana, tem częściej leży bezużytecznie u inwalidy i wcale on jej nie używa. W imię tej zasady najprostszej protezy tworzy się też obecnie nawet tylko tak zwane pomocnicze przyrządy do pracy, zastosowane indywidualnie do danej pracy inwalidy.

Proteza do pracy powinna być w budowie prosta i tania i powinna mieć odpowiednie zakończenia, a prócz tego nadawać się powinna do dołączenia ręki kosmetycznej.

Nim jednoręcznemu damy protezę, musimy go przedtem wykształcić jednoręcznie, by nie był niewolnikiem sztucznej ręki, lub bezsilnym do pracy, gdy proteza mu się popsuje. Cel ten osiąga się w szkole dla jednoręcznych, o której obecnie pomówię.

W szkole dla jednoręcznych umieszczam jednoręcznych zawsze na kilku wspólnych salach, by przez obserwowanie zręczniejszych, mniej zręczni od nich się uczyli. Praktyczne ćwiczenia poprzedzam wykładem teoretycznym, w którym udowadniam swym uczniom, że i jedną ręką można bardzo wiele zdziałać, omawiam fizyologię ruchów kończyny, jakoteż podnoszę uczniów na duchu przez przytaczanie przykładów dzielnych jednoręcznych, pokazywanie rycin, wreszcie demonstruję efektowne czynności mych już wyuczonych uczniów. Zaznaczyć tu muszę, że ludzie z prostej sfery są zwykle z początku zupełnie apatyczni i do nauki niechętni, a w miarę kursu zapalają się po prostu do pracy. Zwykle uczniowie moi, przychodzący do szkoły jednoręcznych, odbyli przedtem kurs nauki pisania lewą ręką, albowiem $^2/_3$ inwalidów jednoręcznych niema kończyny prawej, co zresztą dla dalszej nauki jest obojętne. Do najefektowniejszych czynności należą n. p. obieranie jedną ręką jabłka, obcinanie paznokci, jazda na rowerze i t. p. Podczas jednej z takich demonstracyi dwóch zwątpiałych jednoręcznych postanowiło przypomnieć sobie jazdę na rowerze. Spróbowali i z radością przekonali się, że im to idzie zupełnie dobrze. Drobny ten fakt wpłynął na nich ogromnie dodatnio psychicznie. Korzystnie też działa przypomnienie wieśniakowi, że kobieta nosi godzinami na ręce dziecko i cały czas wtedy pracuje tylko jedną ręką, dochodząc przytem do wprawy.

Po tym wstępie zaczyna się właściwa nauka praktyczna. Rozpoczynam ją ćwiczeniem palców, a ćwiczenia te polegają na wprawie w wyemancypowaniu się przy ruchach każdego palca z osobna od współruchów palców innych tak przy zginaniu w każdym stawie, jak i przy rozstawianiu. Jest to po prostu nie do uwierzenia, do jakiej wprawy dochodzą przytem niektórzy jednoręczni. Twierdzą oni potem, że paluch, drugi i trzeci palec staje się dla nich ręką prawą, a czwarty i piąty lewą. Ćwiczenia te robią jednoręczni przez dzień na salach pod okiem wyćwiczonych w nauce jednoręcznej pielęgniarek. Sprawność palców nie jest jednakowa. Mianowicie zręczność palców stopniowo od palucha do małego palca maleje. Najtrudniej też wyosobnić w ruchach palec mały, ale i to przy usilnych ćwiczeniach w zupełności się udaje[1]).

Równocześnie każdy z uczniów dostaje mój ilustrowany Poradnik dla jednoręcznych, wydany nakładem Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami w Krakowie, a wykonany w drukarni i stereotypii naszej szkoły przez inwalidów.

Dalsza nauka obejmuje czynności życia codziennego, a więc ubieranie się, mycie, czesanie, jedzenie, kręcenie papierosów, golenie się, dalej temperowanie ołówka, krajanie chleba, papieru, wbijanie gwoździ, pakowanie i obwiązywanie paczek sznurkiem, szycie i t. p. Jednoręczni nasi dochodzą do takiej wprawy w ubieraniu się, że czynią to potem nieraz prędzej, niż oburęczni.

Gdy uczniowie nabiorą już wprawy w powyższych czynnościach (najpilniejsi dostają zawsze odpowiednie premie), przechodzę do nauki o ręce sztucznej, omawiając jej cel i zadanie, obchodzenie się z kikutem i protezą i t. p.

Równocześnie naturalnie ćwiczy się kikut miesieniem, hartowaniem i przyrządami. Künsberg w swej szkole jednoręcznych w Heidelbergu wprowadził prócz tego ćwiczenia gimnastyczne wolne i na przyrządach; bardzo je zachwala. Podobnie korzystne wyniki osiągnięto gimnastyką w Eltlingen, dokąd szkoła powyższa (znacznie rozszerzona) przeniesiona została.

Po skończeniu wspomnianych ćwiczeń przechodzę do sprawy najważniejszej społecznie, t. j. omawiam z każdym jednoręcznym jego stosunki, dopytuję się, czem był przedtem, czem być obecnie chce i może, ewentualnie doradzam mu próbę w tym lub owym zawodzie, poczem przedstawiam go t. zw. komisyi porady zawodu (Berufsberatungskomission). Kwestyę zawodu jednoręcznego bardzo trudno rozwiązać, bo składają się na nią aż trzy rzeczy: 1) istota zawodu, 2) rodzaj kikuta, 3) zdolność i chęć do pracy uszkodzonego.

Najważniejszą jest sprawa trzecia. Doświadczenie uczy nas bowiem, że człowiek z żelazną wolą (z wyjątkiem niewielu zawodów) może i nadal pracować jedną ręką. Niestety do tego trzeba jednak, jak wspomniałem, żelaznej woli i pewnej dozy inteligencyi, bez których żadna, najlepsza nawet proteza nic nie pomoże.

Do pracy na roli nadają się (podług mego i innych doświadczenia) z odpowiednią protezą niemal wszyscy jednoręczni, o ile poza tem są zdrowi i nie mają innych uszkodzeń. Gorzej natomiast bywa co do innych zawodów; rozstrzyga tu długość kikuta.

Amputowany poniżej łokcia może wykonywać wiele zawodów, a więc być nadal stolarzem, ślusarzem, rzeźnikiem, piekarzem, dźwigającym ciężary i t. p. Praca idzie tutaj łatwo, nieraz nawet samym kikutem, bez jakiejkolwiek protezy lub przyrządu pomocniczego.

Gorzej już jest przy amputacyi powyżej łokcia, zwłaszcza wysoko. Ale i tu zwycięża silna wola i pilność. Mam między moimi uczniami jednoręcznymi stolarza, z amputacyą w połowie lewego ramienia. Pracuje on z zapałem protezą cały dzień w stolarni i służy za przykład innym. Podobnych spostrzeżeń w innych zawodach jest też wiele. Amputowany tuż pod barkiem 18-letni chłopak wykształcił się w Würzburgu u prof. Riedingera na jednego z najzdolniejszych mechaników ortopedycznych i sam obmyśla i robi protezy.

W tym też duchu zachęcamy fachowców jednoręcznych, i na moim oddziale każdy ślusarz musi sobie zrobić sam prostą protezę z pomocą stolarza i naodwrót. Zwłaszcza odnosi się to do kończyn dolnych. Uczniowie zwiedzają ze mną warsztaty, przyglądają się pracy owych jednoręcznych i nieraz niejeden nabiera przy tem ochoty do tego lub owego zawodu.

Na oddziale przemysłowym pracują jednoręczni w koszykarni, szczotkarni, a kilku ze skutkiem odbyło już kurs sklepikarski. Na odpowiednich maszynach mogą jednoręczni znakomicie robić pończochy, co w naszym szpitalu także zastosowano. Doskonale robią jednoręczni łyżki drewniane, roboty plecione, sznurkowe, a zwłaszcza przypada im do gustu wydymanie szkła do ozdób na drzewko i ceramika.

Są jednak wyjątki, że jednoręczny do żadnego zawodu się nie nadaje, bo pracować nie chce, twierdząc, że nie potrafi. Dla tych szukać trzeba innych zajęć, a są niemi miejsca woźnych, odźwiernych, listonoszy, telegrafistów, telefonistów, dozorujących muzea, robotników leśnych, ekonomów i t. p.

W sferze inteligentnej jednoręczność daje sie stosunkowo mniej odczuć. Urzędnicy, nauczyciele, uczą się rychło pisać lewą ręką i wracają do pracy. Bardzo łatwo nauczy się jednoręczny pisania na maszynie, zwłaszcza z przerzutem nożnym. Z moich n. p. jednoręcznych jeden jest z powrotem urzędnikiem bankowym, drugi sądowym, trzeci nauczycielem. Znamy jednoręcznych, którzy są mistrzami, a Dr Kohn operuje nawet jako lekarz przy pomocy protezy!.

Niejednokrotnie spotykam się u moich uczniów ze zdaniem: »Żebym to jeszcze był stracił rękę lewą, tobym próbował robić, ale ja nie mam prawej!« Gdyby można użyć tego wyrażenia, to nazwałbym to przesądem. Nie będę rozwodzić się dłużej nad tą sprawą, bo omówiłem ją obszernie w moich poprze-

[1]) W nauce gry na fortepianie uważa się najczęściej palec czwarty za ten, który najtrudniej usamodzielnić, t. j. uwolnić od współruchów innych palców. (Red.).

dnich pracach[1], tutaj tylko zasadniczo powiem: jest to rzeczą dla zdatności do pracy zupełnie obojętną, czy kto utraci rękę prawą, czy lewą. Kto straci rękę prawą, musi kształcić lewą, może nieco dłużej, ale taksamo ją sobie wyrobi, jak wyrobić sobie musi rękę prawą ten, co stracił lewą. Albowiem zdawałoby się, że mamy rękę prawą doskonale wyrobioną, a tymczasem ten, kto n. p. przez pewien czas nie miał władzy w ręce lewej, przekonał się ze zdumieniem, jak sama ręka prawa, pozostawiona sobie, jest wtedy niezaradną i ciągle oczekuje pomocy ręki lewej. Tę pomoc uzyskuje jednoręczny przez wprawę z rozdziału palców ręki, dalej z kikuta, kolan, brody, ust i klatki piersiowej. Naturalnie kalekom o lewej tylko ręce zmieniamy odpowiednio nasady i kierunkową narzędzi do pracy, n. p. kosy, heble, nożyce i t. p.

Jestem też tego zdania, że naszym inwalidom powinniśmy dawać protezy wtedy, gdy doskonale jedną ręką już umieją się obchodzić. Wtedy dopiero proteza spełni swoje zadanie w całej pełni. Amputowany powinien sobie wygimnastykować doskonale mięśnie i stawy kikuta, zwłaszcza, że często czynność ich przez długie unieruchomienie pozostawia wiele do życzenia. Wczesne zaś dawanie protezy uważam za błąd nie do darowania. Człowiek taki będzie naprawdę kaleką i niezdatnym do pracy. Zawsze jednoręcznym stawiam na przykład ludzi, który stracili obie ręce, a mimo to garną się do pracy i cudów niemal dokazują.

O ile przy innych uszkodzeniach możemy mniej więcej z góry ocenić zdolność zarobkową inwalidy, o tyle u jednoręcznego rzecz ma się przeciwnie. Tu szablonu żadnego ustanowić nie można, a jedynie obserwowanie ucznia w szkole jednoręcznych, jakoteż odpowiednia nauka i wyzyskanie zdolności dać mogą dokładne wyobrażenie o możności i procencie zarobkowania.

Celem ułatwienia życia codziennego dodajemy jednoręcznym rozmaite pomocnicze przyrządy, n. p. maszynkę do golenia, t. zw. nożowidelec do jedzenia, długie szczotki do mycia ciała i t. p. Przyrządy te jednak, podobnie jak protezę, dostaje jednoręczny dopiero po wyćwiczeniu ręki. Nożowidelec jest to przyrząd, składający się odrazu z noża i widelca i łyżki; ułatwia on ogromnie jednoręcznemu estetyczne jedzenie.

Jeszcze jedna uwaga, wyglądająca pozornie na paradoks. Feliks Meyer, dyrektor Towarzystwa Rota-Werke w Aachen, wynalazca bardzo dowcipnych rąk do pracy, twierdzi, że w pewnych przypadkach człowiek z odpowiednią protezą do pracy może pracować intensywniej, a nawet i lepiej, niż oburęczny. Mianowicie chodzi tu o pracę, przy której ręka, obecnie zastąpiona protezą, męczy się rychło, lub narażona być może na uszkodzenia. Otóż ręka sztuczna, trzymając coś mechanicznie, nie męczy się i nie ulega uszkodzeniu, może wytrzymać zmiany ciepłoty, zgubne działanie chemikalii i t. p. Do sortowania igieł i gwoździ podano rękę z magnesem, co ułatwia wyjmowanie drobnych przedmiotów.

Pewien jednoręczny oficer w obecnej wojnie wyrażał się, jak wspomina Sippel, w ten sposób: Uważam po prostu za zbytek natury, że dała człowiekowi aż dwie ręce! Drugi znów jednoręczny twierdzi stanowczo, że gdyby cudem uzyskał z powrotem drugą rękę, toby ta mu tylko »zawadzała« i nie wiedziałby co z nią robić.

Dla ilustracyi dołączę tu jeszcze dwa osobliwe fakta. Z czasów Ludwika XIV wspominają o pewnym człowieku bez obu rąk, który mimo to był bardzo zręcznym złodziejem, a na swoich wycieczkach nocnych wkładał na kikut prawej ręki drewnianą protezę z odpowiedniemi nasadami »do pracy«. Do naszej szkoły również przybył pewien jednoręki (bez ręki prawej), a w ślad za nim doniesienie, że na urlopie dopuścił się kilku skomplikowanych włamań z pomocą protezy.

W końcu wspomnieć muszę o pomyśle prof. Stodoly, zastosowanym praktycznie przez Sauerbrucha, t. j. o stwarzaniu protez ruchomych, poruszanych siłą mięśni odpowiednio operowanego kikuta, jakoteż o tworzeniu nowych palców z kości śródręcza (po utracie palców) sposobem Burkarda i Szabo.

Z uczniami mymi po ich odejściu do domu koresponduję; donoszą mi oni z dumą o postępach swej zdolności do pracy. Z wielu z tych wiadomości czerpię korzyści, które u dalszych uczniów znajdą zastosowanie praktyczne. Szkołę jednoręcznych założyć mogłem dzięki wydatnej subwencyi Krajowej Komisyi nad inwalidami, za co też na ręce jej głównego referenta, radcy dworu Brücknera, składam w imieniu moich uczniów serdeczne podziękowanie.

Jako lekarze możemy dla jednoręcznych zdziałać wiele. Powinniśmy zwalczać panujący powszechnie przesąd, że jednoręczny nie zda się do żadnej pracy. Owszem jednoręczni są to ludzie zwykle bardzo pilni i trzymają się potem wiernie swego pracodawcy. W tym celu wystawiamy też naszym uczniom świadectwa ich zdatności do pracy i z prawdziwem zadowoleniem stwierdzić musimy, że coraz więcej pracodawców ich przyjmuje, bo niema większego przedsiębiorstwa, gdzieby dla jednoręcznego odpowiednie zajęcie się nie znalazło.

[1] Klęsk: »Człowiek oburęczny. Zadanie przyszłości«. Kraków 1915 i »Ein Beitrag zur Ausbildung beider Hände« 1916.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 5 grudnia 1917.

Przewodniczący kol. prezes Prof. Ciechanowski, obecnych 35.

1. Kol. Doc. Zubrzycki wygłosił wykład: **Odczyny serologiczne przy raku.** (Odczyt ogłoszony drukiem).

2. Kol. Kostrzewski wygłosił wykład: **W sprawie odczynu Wassermanna.** (Odczyt będzie ogłoszony drukiem).

3. W dyskusyi: a) Kol. Doc. Seńkowski odnosi zmiany w napięciu powierzchniowem, powstające przy odczynie meiostagminowym, do zmian cząsteczek koloidalnych, z których składają się badane płyny. Zmienia się zjawisko diaforezy, czyli byłyby to zmiany czysto fizyczne. Co do odczytu kol. Kostrzewskiego, to postępowałby inaczej przy zobojętnianiu moczu, gdyż surowica krwi jest płynem prawie obojętnym i w rozmaitych stanach chorobowych mało się zmienia; z moczem jest inaczej, a oznaczenie granicy indykatorem jest bardzo nieścisłe. Do zobojętniania ścisłego nadaje się najlepiej metoda ognio-elektryczna. Co do rozcieńczań moczu, lepiejby było poddać go dializie.

b) Kol. Kostrzewski podaje, iż własności hemolityczne krwi ludzkiej (badania własne) na krwinki barana, wołu, świńki morskiej, są w przypadkach schorzeń rakowych wzmożone w porównaniu do własności hemolitycznych surowic u chorych nie na raka. Pod tym względem zachodzi wielka zgodność między surowicą ciężarnych, a surowicą chorych na raka. Co do odczynu trypsynowego, odnosi go wielu autorów do stanów charłaczych.

c) Kol. Doc. Zubrzycki podnosi, że w odczycie zaznaczył, iż odczyn meiostagminowy powstaje skutkiem fizycznych zmian w badanych płynach. Co do odczynu antytrypsynowego zauważa, iż występuje on bardzo często przy zmianach, związanych z charłactwem, niemniej spotykamy go i przy innych sprawach, nie związanych z charłactwem, a przy ciąży występuje z reguły.

d) Kol. Prof. Gliński badał sekcyjnie 2 przypadki skrobiawicy nerek, z których w jednym odczyn Wassermanna (Dr Kostrzewski) wypadł dodatnio tak w surowicy krwi, jak i w moczu, w drugim odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Makroskopowo i mikroskopowo w obu przypadkach były zmiany zupełnie jednakowe. Dopiero przy użyciu barwienia sudanem III i szkarłatem, oraz przy badaniu w świetle spolaryzowanem dało się wykryć pewne różnice. W pierwszym przypadku było dużo podwójnie światło łamiących lipoidów, w drugim natomiast były tylko tłuszcze neutralne. Nowsze badania wykazują, że przy kile pospolicie spotyka się zmiany lipoidowe nerek, co nawet jest uważane za swoiste schorzenie nerek na tle kiłowem.

e) Kol. Oszacki (Streszczenie własne). Chory kiłowy, u którego odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, miał przesięk mleczny, a według badań chemicznych wytrząs eterem w obecności ługu zawdzięcza swoje powstanie ani wylaniu się limfy z ductus chyliferus, ani silnemu złuszczeniu się nabłonków, lecz obecności znacznej ilości globulin, związanych z lipoidami. Wynika to z faktu, że zmętnienie płynu badanego przy wytrząsaniu z eterem w obecności ługu ani na zimno, ani na gorąco nie występowało. Z praw Quinckego i Berneta wiemy, że tak zachowują się przesięki mleczne, zawdzięczające swe powstanie silnym związkom chemicznym globulin z lecytynami. Zestawienia nasilenia odczynu Wassermanna w omawianym przypadku były w różnych badanych płynach organizmu różne: i tak silnie do-

datni w surowicy krwi, słabiej dodatni w moczu, a ujemne w przesięku mlecznym brzusznym. Zważywszy, że największą ilość lipoidów zawierał przesięk brzuszny, że mocz w badanym przypadku zawierał także pokaźną ilość, jak to z badania osadu wynika, że surowica w danym przypadku, z wyglądu jej sądząc, nadmiernych ilości lipoidów zawierać nie mogła, zapytaćby można, czy zachowanie się odczynu Wassermanna w danym przypadku nie stoi w odwrotnym stosunku do zawartości lipoidów w badanym płynie. Zwracali bowiem autorzy uwagę, że lecytyny mogą hamująco zadziałać na odczyn Wassermanna. Co się tyczy miareczkowania moczu ługiem czy węglanem sodowym, to mowca sądzi, że wobec obecności węglanów w moczu z chemicznego punktu widzenia niema w ostatecznym wyniku miareczkowania żadnej różnicy. W każdym razie zobojętnienie moczu w obecności fosforanów nie może być dokładne i różnice zawartości jonów wodorowych i hydroksylowych przy tej samej zmianie wskaźnika mogą ulegać dużym wahaniom. Wreszcie używanie fenolftaleiny w obecności węglanów nie może dawać pewnych rezultatów.

f) Kol. Szymanowski co do odczytu kol. Zubrzyckiego sądzi, iż trzeba badać nie tylko etyologicznie, lecz należałoby dobrać klinicznie bardzo podobne przypadki i wtedy może otrzymałoby się wyniki lepsze.

g) Kol. Kostrzewski sądzi, iż co do zobojętnienia moczu w praktyce zastosowanie metody ognio-elektrycznej w tych celach jest nie do wykonania. Dializę chciał przeprowadzić, lecz nie miał czem. Do zobojętnienia moczu używał sody, a nie fenolftaleiny.

Zast. sekr. dor. Dr. Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII Posiedzenie naukowe z dnia 7 grudnia 1917.

(Dokończenie).

5. Kol. Rothfeld wygłasza odczyt p. t.: **O zaburzeniach nerwowych pęcherza moczowego.** (W całości ukaże się w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: 1. Kol. Węgrzynowski miał sposobność w ciągu wojny spostrzegać podobne przypadki na materyale szpitalnym oraz na wschodnim froncie. Na około 3000 chorych i rannych było około 50 chorych dotkniętych tem cierpieniem. Wszelkie leczenie było bezskuteczne, atoli prawie z reguły po tygodniu leżenia w łóżku chorzy bywali wyleczeni. Mocz nie okazywał żadnych zmian. Na około 1000 chorych na dur brzuszny widział W. dwa razy omawiane cierpienie, i to ciekawe, że w obu przypadkach otrzymywało się ono w czasie już bezgorączkowym 10—14 dni. Na około 400 przypadków duru osutkowego powikłanie to nie zdarzyło się ani razu. W polu w charakterze swoim higienisty jednego z korpusów armii miał W. możność zetknąć się bezpośrednio z tem cierpieniem. Wpływ niewątpliwy wywierało na występowanie tej sprawy chorobowej zimno, i to zimno wilgotne. Ciepłe opaski flanelowe na brzuch miały wpływ nader korzystny. I tu też kilkudniowy pobyt w szpitalu, względnie w ciepłem łóżku, usuwał cierpienie. Nawroty cierpienia były bardzo częste. Chorych takich mimo sprzeciwu lekarzy i komendantów polecał W. usuwać z frontu. Uważano ich przeważnie za symulantów. Udowodnienie symulacyi było wprost niemożliwe.

2. Kol. Hornowski zaznacza, że ilość wydzielanego moczu w czasie zimna jest z reguły znacznie większa, tak jak w lecie znów ilość potu. Zimno wogóle wpływa na to, że oddajemy mocz częściej, a w mniejszych ilościach. Nasuwa się myśl, czy przypadkowo okoliczność ta nie pozostaje w związku z czynnością gruczołów przytarczycznych.

3. Kol. Orzechowski zwracał uwagę od czasu pojawienia się prac Mattauschka i Fuchsa na objawy przez nich podane, mające towarzyszyć moczeniu nocnemu, a dowodzące według tych autorów pośledniej budowy anatomicznej odcinków krzyżowych rdzenia, a wskutek tego poślednie także ukształtowanie się utworów obwodowych, zależnych od tych odcinków rdzenia pod względem unerwienia. W ciągu lat miał O. sposobność poddać badaniu kilkadziesiąt przypadków, z których atoli było zaledwie kilka tylko badanych rentgenologicznie. Zmian wewnętrznych w zakresie kości krzyżowej i stóp, zaburzeń czuciowych, odruchów i t. p. objawów, podanych przez Fuchsa, wogóle nie spotykał. Musi więc uważać dedukcye Fuchsa przynajmniej w tej części materyału dowodowego, który zawiera cechy degeneracyjne w obrębie zewnętrza kości krzyżowej i części kończyn, zaopatrywanych przez odcinki krzyżowe, za nie poparte faktami. Naodwrót nie stwierdził w kilku przypadkach swej obserwacyi, które dotyczyły rozszczepienia kręgosłupa, objawów moczenia w przeszłości dziecięcej chorych, pozostających w leczeniu z innych powodów. Gdyby nawet potwierdziło się, że w przypadkach moczenia nocnego istnieje skryte rozszczepienie rdzenia, to można mu przyznać na podstawie wyników kol. Rothfelda i mowcy tylko znaczenie zwykłe piętna zwyrodnienia. Należy nadal więc zapatrywać się na moczenie nocne, jako na cierpienie czynnościowe, za czem przemawiają też bardzo poważnie wyniki leczenia. Niezdolność płciową w przypadkach kol. Rothfelda skłonny jest mowca odmiennie od k. Rothfelda uważać za objaw wtórorzędny, psychorodny, towarzyszący tak często wszelakim przykrym i deprymującym cierpieniom moczowym. Część urologiczna odczytu kol. R. przemawia raczej za tem, że w przypadkach kol. R. istniało cierpienie mięśnia pęcherzowego, na co wskazuje charakter kloniczny kurczów, a między innymi także nieuleczalność pewnej części przypadków. Mowca zapytuje, na jakiej podstawie uważa kol. R. enuresis essentialis za cierpienie nerwowe.

4. Kol. Schramm z własnego doświadczenia nie może powiedzieć, aby rozszczepienie kręgosłupa lub guzy kości krzyżowej wywierały jakiś wpływ na mimowolne moczenie nocne i sądzi, że cierpienie to spowodowane jest raczej podrażnieniem wypieracza moczu.

5. Kol. Lenartowicz zapytuje, czy wobec tego, że nie jest stwierdzone, czy moczenie nocne polega na zaburzeniach nerwowych, czy też na zaburzeniu mięśni pęcherza, — nie stosowano leczenia w postaci wkraplań azotanu srebra, a to celem obniżenia pobudliwości wypieracza moczu i zniesienia nadmiernego poczucia parcia na mocz. Wiadomo bowiem, że w stanach zapalnych, połączonych z wybitnem parciem na mocz, leczenie to niejednokrotnie oddziałuje korzystnie.

6. Kol. Leńko zaznacza, że w przypadkach tych cystoskopia w przeważnej liczbie przypadków żadnych zmian nie wykazuje.

7. Kol. Rothfeld w odpowiedzi podnosi zgodność spostrzeżeń własnych ze spostrzeżeniami kol. Węgrzynowskiego, poczynionymi na froncie. Sądzi, że chorych należy rzeczywiście wcześnie odsyłać do szpitali, choćby z tego względu, że nierzadko spotyka się między »moczącymi« choroby organiczne (tabes, sclerosis multiplex etc.). Podnosi, że i kol. Orzechowski i kol. Schramm nie znajdowali w swych przypadkach rozszczepienia kręgosłupa ani innych objawów, które Fuchs zaliczył do myelodysplazyi. Znane są zresztą przypadki z rozszczepieniem kręgosłupa, w których nie było zaburzeń pęcherzowych. Co do pytania, czy mimowolne moczenie nocne jest cierpieniem nerwowem, to nie mamy na to dotąd dowodu, co nie przemawia jednak przeciw temu przypuszczeniu, nie znamy bowiem dotąd zmian anatomicznych w układzie nerwowym biodrowym i obwodowym. Jeżeli się przyjmie, jak kol. Orzechowski, że cierpienie to jest czynnościowe, to temsamem uznaje się to za schorzenie nerwowe, chociażby bez grubych znanych zmian anatomicznych. W tem też znaczeniu użył kol. Rothfeld wyrazu »nerwowe zaburzenia pęcherzowe«. Co się tyczy zaburzeń, nabytych na tle zimna, to nie ma na to dowodu, że jest to cierpienie mięśniowe. Manometryczne badania wykazują tylko podwyższenie pobudliwości wypieracza, nie dowodzą jednak, na jakiej drodze to podwyższenie pobudliwości powstaje. Co do czynników leczenia, o których wspomina kol. Lenartowicz, to z azotanem srebra nie ma kol. Rothfeld własnych doświadczeń, widział natomiast wiele przypadków, w których stosowano wkraplania azotanu srebra bez wyniku.

XIII Posiedzenie naukowe z dnia 21 grudnia 1917

Przewodniczący kol. Wiczkowski, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 12.

Kol. Wiczkowski przedstawia czterech chorych na **ropniaki opłucne** (pyothorax), leczonych zapomocą aspiracyi ropy i następową odmą piersiową (pneumothorax). U trzech chorych był wysięk ropny na tle gruźliczem, u czwartego na tle dwoinek zapalenia płuc. Dwóch chorych gruźliczych opuściło szpital ze znacznem polepszeniem, t. j. pozostała jeszcze mała ilość wysięku; u jednego z nich sprawa rozpadowa w szczytach płuc uspokoiła się, u drugiego stan dobry płuc z początkiem leczenia nadal się utrzymał; u trzeciego nic wysięku nie pozostało, szczyty płuc zupełnie wyleczone. Chory z wysiękiem opłucnym na tle dwoinek zapalenia płuc zupełnie wyleczony. U wszystkich czterech chorych zrosty opłucne, zwykle powstające po zapaleniach ropnych opłucnej, nie wytworzyły się. (Rzecz w całości będzie ogłoszona drukiem).

Dyskusya: 1. Kol. Gluziński przyznaje, że wynik, uzyskany w przedstawianych przypadkach, jest zadowalniający i działa zachęcająco. Nie może atoli powstrzymać się od zaznaczenia, że sposób ten ma pewne ujemne strony, które zauważył w przypadkach przez siebie leczonych. Mianowicie azot działa drażniąco na opłucnę i wywołuje nieraz zapalenie opłucnej nietylko surowicze, ale i ropne. Dlatego mimo wszystko zaleca pewną powściągliwość przed wypowiedzeniem ostatecznego wniosku.

2. Kol. Schramm badał przedstawione przypadki poprzednio i zaznacza, że do leczenia chirurgicznego nie bardzo się nadawały. W każdym razie byłoby ono trwało bardzo długo. Sądzi, że gdyby ten sposób leczenia nie miał wspomnianych stron ujemnych, to godzien jest dalszych prób.

Sprawy Izb lekarskich.

W sprawie podwyższenia dyet za szczepienie ospy i kosztów podróży podaje Izba lekarska wschodnio-galicyjska do wiadomości pismo Wydziału krajowego, jakie otrzymała w odpowiedzi na swe pismo: »LW. 52.805. Lwów, 2. stycznia 1918. Do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie. — Odnośnie do pisma tamtejszego z 29. XI. 1917 L. 958. Wydział krajowy zawiadamia, że uchwałą z dnia 28. XII. 1917 postanowił, uwzględniając motywa, w wyżej wymienionem tamt. pismie przytoczone, przyznać na czas wojny od początku roku 1917 lekarzom cywilnym, delegowanym do szczepienia, dodatek wojenno-drożyźniany do dyet w wysokości 40—50% analogicznie, jak lekarzom rządowym, zależnie od wysokości pobieranych dyet, a to do 6 koron włącznie 50% zaś od 7 koron wyżej 40%. Niezależnie od tego, uznając również drugie petitum powołanego tamt. pisma, pod b) wyrażonego, zwraca się Wydział krajowy równocześnie do c. k. Namiestnictwa z przedstawieniem potrzeby zmiany należytości kilometrowej na czas wojny, popierając gorąco ze swej strony wniesione już przez Izbę odpowiednie przedstawienia w tej sprawie«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenia w d. 23. I. i 30. I. 1918. Na pierwszem z nich Dr A. Niepielski z Dąbrowy górn. przedstawił swój przyrząd do oznaczania ciężaru właściwego krwi, a doc. Dr Seńkowski miał wykład p. t. »Koloidy w świetle nauki współczesnej«. W dyskusyi zabierał głos prof. Cybulski. Na drugiem posiedzeniu d. 30. I., prof. Rosner miał wykład: »O tak zwanej konstytucyi płciowej kobiety«. W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Dr Godlewski, Ciechanowski, Piltz, Gliński, kol. Glasner, doc. Borowiecki, prof. Kostanecki, Klecki, kol. Oszacki, doc. Zubrzycki i prof. Rosner.

Najbliższe posiedzenie odbędzie się d. 6. lutego w Domu Towarzystwa.

— St. inspektor Zakładu badania środków spożywczych Dr Leonard Bier został mianowany członkiem Rady przybocznej nadzoru nad żywnością przy Ministerstwie spraw wewnętrznych w Wiedniu.

— Galicyjskie »Krajowe Towarzystwo Czerwonego Krzyża« rozpoczęło wydawać w styczniu, jako swój organ, miesięcznik p. t. »Walka o zdrowie«, poświęcony sprawom higieny i opieki społecznej. W słowie wstępnem, podpisanem przez Dr

Witolda Ziembickiego, Dr Jana Boguszewskiego i r. dw. inż. Józefa Horoszkiewicza, zaznacza Redakcya, jako swój cel, zogniskowanie i wyjaśnienie zadań naszego społeczeństwa w dziedzinie higieny społecznej i opieki społecznej, wzywając lekarzy, techników, działaczy społecznych, urzędników, nauczycielstwo, jednostki samorządne miejskie i wiejskie do współpracy na tem polu, u obcych gorliwie uprawianem, u nas — leżącem prawie odłogiem.

Nowe czasopismo nie jest jednak ściśle fachowem, przeciwnie, pragnie ono trafić do najszerszych kół inteligencyi i przez nie oddziaływać na inne koła ludności w kierunku krzewienia kultury higieniczno-społecznej. W tym celu n. p. dodawane będą do »Walki o zdrowie«, jako załączniki, popularne pouczenia z prośbą do czytelników o ich rozpowszechnianie.

W okazałym trzecharkuszowym pierwszym zeszycie znajdują się artykuły Dr Antoniego Kuczewskiego: »Zarys walki społecznej z gruźlicą«, prof. Jana Rakowicza »O zdrowotności przy budowie miast«, dalej obszerny dział sprawozdawczy, podający streszczenia prac z zakresu walki z chorobami zakaźnemi, higieny żywienia, higieny dziecięcej i szkolnej, walki z alkoholizmem, higieny rasy i prawodawstwa zdrowotnego, w końcu kronika. Jako załączniki są dodane do pierwszego zeszytu prof. Nitscha »Czerwonka czyli dyzenterya« i tablice Wintera-Hasego »Tyfus plamisty«.

Nowemu wydawnictwu, podejmującemu pracę wielkiej wagi, przesyłamy gorące życzenia pomyślnego rozwoju.

(Adres Redakcyi i Administracyi »Walki o zdrowie«: Kraków, Basztowa 6, »Czerwony Krzyż«).

— W budżecie m. Krakowa na rok 1917/18 znajdują się następujące szczegóły o wydatkach na cele sanitarne. Wydatki na nowe zakłady sanitarne miejskie w Prądniku i sanatoryum gruźlicze wynoszą 404.485 K; niedobór 153.712 K. Dotąd gmina corocznie na utrzymanie starych zakładów sanitarnych i zwalczanie epidemii wydawała 132.411 K. Nowe budynki sanitarne wraz z sanatoryum gruźliczem kosztowały przeszło 1,900.000 K, tytułem subwencyi otrzymała gmina od rządu na budowę 344.000 K, tak, że z własnych funduszów gmina wydała mniej, aniżeli poprzednio na ten cel uchwaliła, przytem ma znacznie więcej łóżek dla chorych, niż było dawniej pierwotnie projektowane, a prócz tego ma jeszcze sanatoryum gruźlicze na 80 łóżek. Wydatki na służbę zdrowia wynoszą 124.223 K. na miejskie dentystyczne ambulatoryum szkolne 5.180 K, na laboratoryum chemiczne 12.772 K, na utrzymanie cmentarza miejskiego 40.549 K, na zakład czyszczenia miasta 1,352.870 K; w tem czyszczenie ulic 478.597 K, wywóz popiołu i zmiotków 228.521 K, czyszczenie dołów kloacznych 158:289 K, utrzymanie rzeźni miejskiej 136.262 K.

Lwów. D. 27. I. 1918 odbyło się we Lwowie posiedzenie Komitetu odbudowy sanitarnej kraju, utworzonego przez Towarzystwo lekarskie lwowskie. Porządek dzienny był następujący: 1) Organizacya Komitetu. 2) Program czynności i treść odezwy. 3) Sprawa lwowskiej poradni dla chorych gruźliczych (prof. Dr Wiczkowski). 4) Sprawa żywienia chorych w szpitalach krajowych (prof. Dr Sieradzki).

— W d. 19. i 26. I. 1918 odbyły się we Lwowie posiedzenia Krajowej Rady zdrowia.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości, że w Kozowej daje się dotkliwie odczuwać brak lekarza. Za staraniem miejscowego Sądu powiatowego zwróciło się do Izby w tej sprawie Prezydyum Wyższego Sądu krajowego lwowskiego, donosząc, że wprawdzie w Kozowej pracuje jeden przydzielony lekarz wojskowy, ale jest on zupełnie zajęty tłumieniem groźnej epidemii duru.

Warszawa. Magistrat m. Warszawy ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Domu wychowawczego im. Baudouina (dla pedagoga lub lekarza) z płacą 700 mk. miesięcznie i na stanowisko referenta spraw lekarskich w Wydziale szpitalnictwa z płacą 5190 mk. rocznie.

Redakcya otrzymała: Celarek: 1) Über die unter der Zivilbevölkerung Lublins im J. 1915/16 herrschende Fleckfieberepidemie und ihre Bekämpfung. (Monats. f. öft. Gesudheitspfl.). 2) W sprawie zwalczania tyfusu plamistego po wsiach. Lublin 1918.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Grudzień. (Cena 4 Mk.).

Ostatni zeszłoroczny zeszyt kursów zawiera tylko jedną rozprawę, mianowicie prof. Payra: O przebiegu, zapobieganiu i leczeniu ropienia stawów.

Tożsamo, styczeń 1918. Cena 1 Mk. Zeszyt styczniowy, poświęcony, jak zawsze, biologii i patologii, zawiera w tym roku rozprawę prof. Rösslego: O pewnych stosunkach anatomii patologicznej do chemii fizycznej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1918.

Gazeta lekarska Nr 1—4. Rejchman: Opukiwanie a rentgenoskopia dla określenia położenia, wielkości i kształtu żołądka (1). — Korzon: Niezarośnięcie otworu owalnego, rozpoznane za życia (1). — Ruppert: W sprawie szerzenia się duru brzusznego w Warszawie i sposobów zwalczania tej choroby (2—4). — Szenajch: Józef Brudziński (3). — Karwacki: Przypadek rumienia wielokształtnego i gośćca stawowego (4—5).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 1—4: Żmigród: Nowy aparat trwały do podpierania ręki w porażeniach nerwu sprychowego (1—2). — Zawadzki I.: Ze szpitalnictwa (1—4). — Korybut-Daszkiewicz: Ś. p. J. Brudziński (2). — Popiel: Kilka uwag o przebiegu i rokowaniu w poronieniu (3—4).

Zdrowie Z. 12. z r. 1917: Anders: Józef Brudziński. — Fruchtman: Organizacya przewozu chorych, jako jeden z czynników walki z chorobami zakaźnemi.

Kronika dentystyczna Nr 1. Łepkowski: Ambulatoryum dentystyczne Legionów polskich.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 6. lutego** 1918 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1. Demonstracye chorych. 2. Wykład Dr Leonarda Biera: Czy wodociąg bielański odpowiada wymaganiom hygieny. Na posiedzenie zaproszone zostało Towarzystwo techniczne.

Nadesłane.



N. 160. 9/5

Ogłoszenie.

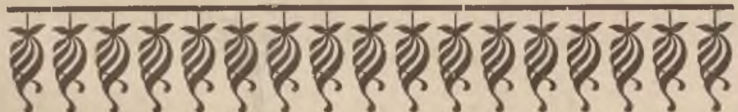
Magistrat m. Kielc ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego w Kielcach z płacą 7.200 koron rocznie.

Reflektujący na powyższą posadę winien przedstawić:

1. dyplom lekarski,
2. świadectwo zdolności fizycznej, wystawione przez lekarza powiatowego, ponadto podać swój wiek, przynależność państwową, oraz dotychczasowe curriculum vitae.

Oferty przyjmowane będą do dnia 15-go lutego b. r.

Magistrat m. Kielc. 282





KONKURS.

W powiecie dąbrowskim w Królestwie polskiem, jest do obsadzenia posada lekarza okręgowego w Strzemieszycach.

Do okręgu sanitarnego w Strzemieszycach należą następujące gminy: Gołonóg, Łosień, Rokitno szl., Niwka i Zagórze.

Do posady tej przywiązana jest płaca stała, rocznie 3.000 koron, płatna w miesięcznych ratach. Starająey się o tę posadę muszą być doktorami wszech nauk lekarskich albo lekarzami uprawnionymi do wykonywania całej praktyki lekarskiej.

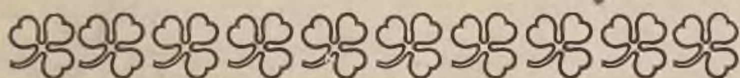
Odpowiednio udokumentowane podania należy wnieść do c. i k. Komendy powiatowej w Dąbrowie górniczej, gdzie też można zasięgnąć bliższych informacyi.

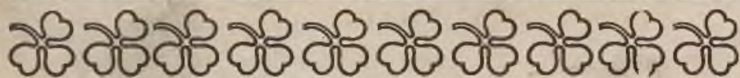
C. i k. Komendant powiatu:
v. Tschapek pułkownik m. p. 241





Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 6. Kraków, 9. lutego 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczę. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 9. lutego 1918. Nr 6

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Metoda nauczania anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Podał

T. Browicz.

U schyłku mojej działalności uniwersyteckiej uważam za obowiązek złożyć sprawozdanie o metodzie nauczania anatomii patologicznej, jaką stosowałem.

Jakość metody dydaktycznej, stosowanej w szkole wogóle, ma bardzo doniosłe znaczenie, od niej zależy w znacznej mierze rezultat nauczania.

Może w tem sprawozdaniu odnajdzie się jaki szczegół pożyteczny przy nauczaniu anatomii patologicznej, albo też wykładający ten przedmiot, gdy metoda okaże się błędną, nie popadną w ten sam błąd. W każdym razie sprawozdanie takie, oparte na doświadczeniu długiem, w toku którego ulegała metoda nauczania modyfikacyom, nie będzie może bez jakiejtakiej wartości.

Zdanie, wypowiedziane przez profesora strasburskiego Lobsteina (Traité d'anatomie pathologique, 1829) »Ce n'est pas l'organe alteré mort, que le médecin veut connaitre, c'est l' organe vivant, agissant, exerçant les fonctions, qui lui sont propres«, było moją dewizą w nauczaniu anatomii patologicznej.

Przy ocenianiu każdej zmiany, jaka w toku jakiejkolwiek sprawy chorobowej powstała, zwracałem uwagę nietylko na obraz makroskopowy tkanki czy narządu co do wielkości, kształtu, spójności, barwy, nietylko na to, na czem polegała zmiana pod względem histologicznym, ale także na to, co tę zmianę sprowadziło, jak się ta zmiana, którą mamy przed sobą, rozwijała, jaki ta zmiana na czynność tkanki czy narządu wpływ wywierała, jak ta zmiana nietylko na narząd ale na organizm działała, jakie znaczenie dla organizmu zmiana ta miała czy mieć mogła.

Dążyłem do tego, by podkład fizyologiczny, o ile tylko można, wprowadzać.

Niepodobieństwem jest w czasie, wyznaczonym dla nauki anatomii patologicznej, wyczerpać cały obszar tego przedmiotu. Taki wykład byłby wprost nieużytecznem marnowaniem czasu, a nawet wręcz szkodliwym. Metoda wykładu, polegająca na wyczerpywaniu całego obszaru anatomii patologicznej, polegaćby musiała na wyliczaniu i wzmiance słownej o zmianach różnorodnych tkanek, narządów, systemów tkankowych, których ilustrowanie materyałem okazowym, czy to operacyjnie czy też ze zwłok uzyskanym, byłoby wprost niemożebnem.

Demonstrowanie tkanek, narządów chorobowo zmienionych, nawiązywanie do demonstracyi uwag ogólnych, łączenie niejako demonstracyi, których jak najwięcej i różnorodnych należy używać, z wykładem — to metoda jedyna, według mego rozumienia, do zaznajamiania z anatomią patologiczną przydatna.

Nie do wiary, ale spotkałem się z zarzutem, że należy wyczerpywać w ciągu t. zw. roku szkolnego, wyznaczonego na naukę anatomii patologicznej, cały obszar tego przedmiotu. Traktowanie n. p. zmian znacznego działu, zmian skórnych, których nie można demonstrować, bo się takiego materyału nie ma i mieć nie może, (toż samo odnosi się do bardzo wielu zmian układu nerwowego) byłoby w wykładzie anatomii patologicznej marnowaniem czasu, bezużytecznem, bo książkowe studyum, jeżeli wogóle byłoby w takich razach wystarczające, zastąpiłoby opis słowny całkowicie. Toż samo odnosi się do wielu innych zmian.

Wykłady kliniczne, ilustrowane przypadkami chorobowymi, okazującymi niektóre zmiany nawet niejako zewnętrznie, namacalnie, uwzględniać muszą stan anatomiczny, będący podstawą stanu chorobowego, powinny być ilustrowane obrazami, rysunkami wyjaśniającymi także stan histologiczny tkanek, — inaczej byłby to wykład niezupełny, nie wyczerpujący danego tematu, nie wyjaśniający dostatecznie sprawy chorobowej. Tak więc wykład kliniczny uzupełnia wykład anatomii patologicznej.

W uwagach w sprawie reformy studyum lekarskiego (Przegląd lekarski Nr. 4. 1918) zwracam uwagę na wielkie korzyści, jakie ze wzajemnego porozumiewania się wykładających różne działy nauki lekarskiej co do rozkładu tematów, niejako podziału pracy i wzajemnego uzupełniania się, wyniknąć muszą dla studentów. Takie porozumiewanie się wykładających obowiązkowe powinno być wprowadzone w statut organizacyjny wydziału lekarskiego.

Wogóle dążenie do wykładów w jakimkolwiek dziale nauki lekarskiej wyczerpujących cały obszar danego przedmiotu byłoby błędnem, szkodliwem, przyuczającem studentów do powierzchownego, pobieżnego traktowania rzeczy. Niedobra to metoda dydaktyczna! Byłoby to tylko obciążaniem pamięci szeregiem nazw, których i tak podostatkiem i powierzchownemi definicyami, obciążanie zupełnie bezużyteczne, wręcz grzeszne.

Objekt należycie demonstrowany i odpowiednio wyjaśniany więcej znaczy, niż najbardziej krasomowczy opis słowny.

Wykład anatomii patologicznej rozdzielam na trzy części.

Jedną część zaopatruję wstępem, wskazującym, jakie zadanie spełniać ma anatomia patologiczna, jakie znaczenie ma ten przedmiot dla nauki lekarskiej.

Zwracam uwagę, jak pod wpływem otoczenia, zewnętrznych czynników, powstają zmiany nawet w organizmie o najidealniejszym stanie anatomicznym i fizyologicznym. Przytaczam przykłady takich wpływów. Np. zanieczyszczenie powietrza różnorodne, pyłem, gazami (ilustracya: pylice mineralne, roślinne, mikrobowe), wpływy chemiczne (ilustracya: zapalenie spojówki królika, wywołane olejkiem gorczycznym, zmiany rogówki pod wpływem azotanu srebrowego), wpływy cieplne (ilustracya: oparzenie małżowiny ucha królika, zmiana pętli jelit żaby wydobytych z jamy brzusznej i pozostawionych poza nią), wpływy mechaniczne (ilustracya: złamania, zranienia, stłuczenia), wymieniam wpływy elektryczne, różnice w ciśnieniu atmosferycznem, zatory powietrzne, gazowe itd.

Zwracam następnie uwagę na różnice organizmu dziecięcego, dorosłego, starczego. Kreślę następnie obraz, ilustrowany okazami anatomicznymi tkanek i narządów starczych, znaczenie tych zmian na wydolność, sprawność tkanek, łatwiejszą nadwerężność, ranliwość, trudniejszą gojność. Zwracam dalej uwagę na gruczoły dokrewne, ich znaczenie, konieczność zwracania uwagi na stan ich przy obdukcyi, który, jakkolwiek śladów anatomicznych uchwytnych wpływu na organizm nie pozostawia, wciągać należy w ogólny bilans, ilustrując je okazami patologicznymi np. tarczycy, nadnercza i t. d.

Omawiam wpływ czynników szkodliwych, różnorodnych, działających na organizm rozwijający się, od najwcześniejszego okresu, tamujących rozwój, wywołujących różne braki, niedorosty, niedokształty, utrzymywanie się stanów płodowych. Tłómaczę znaczenie tych różnorodnych zboczeń rozwojowych, począwszy od zboczeń namacalnych w postaci różnych spotwor-

nień, a skończywszy na wzmiance o zboczeniach nieuchwytnych jeszcze dla nas, niedosiężnych naszemi dotychczasowemi metodami badawczemi. Jako przykład dowodny takich różnic indywidualnych przytaczam np. daktyloskopię, wpływ różny alkoholu na różne organizmy, nie okazujące zresztą żadnych różnic od innych organizmów. W ogóle staram się jaknajwięcej okazów świeżych, muzealnych, obrazów projekcyjnych, demonstrować jako ilustracyę do wykładu słownego.

Po takim wstępie traktuję w tej części wykładu sprawę zapalenia, zmian twórczych łącznotkankowych, przekrwienia, niedokrwienia, zakrzepu i zatoru, krwotoku, anatomicznych podstaw zwężeń i niedrożności przewodu pokarmowego, ilustrowanych okazami i rysunkami. Do każdego tematu dołączam obraz, (ilustrowany najobficiej okazami świeżymi, muzealnymi, projekcyą, rysunkami) zmian odpowiednich w najważniejszych tkankach, narządach, w których stosownie do ich budowy, składu chemicznego, obraz anatomiczny jest różny, wyjaśniam wpływ tych zmian stosownie do ich jakości i rozległości na sprawność tkanki, który także jest różny, niemniej na znaczenie dla organizmu.

Omawiając np. kwestyę przekrwienia biernego ogólnego wciągam jako źródło wady serca, brodawkowatość, wrzodnienie, wyrodnienie włókniste zastawek, wpływ ich na serce, krążenie wewnątrz serca, w płucach i t. d., tak samo omawiam wpływ i istotę rozedmy właściwej. Mówiąc np. o krwotoku, przyczynach, powstawaniu, odmianach, wpływie na tkankę, zwracam uwagę na znaczenie krwotoku tak co do ilości krwi uchodzącej, jakoteż ze względu na siedzibę, w ośrodkach nerwowych, w jamie osierdzia, w płucu, w jamie brzusznej, przyczem poruszam ciążę zewnątrzmaciczną.

Traktując np. zmiany, jakie prątek gruźlicy w tkankach sprowadza, przechodzę poszczególne narządy, w których obraz gruźlicy tak różnie się przedstawia i tak różne ma znaczenie. Toż samo co do zmian kiłowych.

Łączę więc część ogólną anatomii patologicznej z częścią szczegółową co do najważniejszych narządów. Ponieważ materyał zwłok nie przedstawia tak znacznej różnorodności, korzystam z każdego przypadku rzadszej sprawy chorobowej mogącej pouczyć o stanie anatomicznym organizmu i demonstruję takie przypadki szczegółowo z pominięciem nawet tematu, traktowanego w tym dniu, w tej części wykładu.

W części drugiej, w odrębnych godzinach (figurujących w ustawie jako ćwiczenia histologiczno-patologiczne tylko w półroczu zimowem) przez rok cały traktuje się histologię patologiczną czyli anatomię patologiczną mikroskopową, cały dział zmian wstecznych, począwszy od zwyrodnienia białkowego a skończywszy na martwicy, ilustrowany okazami świeżymi z uwzględnieniem przyczyny, rozwoju, znaczenia tych zmian; obrazy mikroskopowe zapalenia, zmian łącznotkankowych i tkanek nowotworowych, ilustrowane okazami makroskopowymi i uwagami ogólnemi.

W trzeciej części, która w ustawie nosi miano ćwiczeń sekcyjnych, dobiera się, o ile to możliwe, (a jak wiadomo, materyał zwłok nie przedstawia tak znacznej różnorodności), materyału, któryby służył jako uzupełnienie wykładu w pierwszej i drugiej części. Technika bowiem sekcyjna jest tak prosta, że nie wymaga dla znającego anatomię normalną prócz wskazówek żadnego szczególnego ćwiczenia, a naukowego oznaczania i oceniania zmian student dopiero w toku całego wykładu anatomii patologicznej nabywa.

Przy tych sekcyach uwzględnia wykładający wszystkie napotkane zmiany, do których nawiązuje uwagi ogólne, a po uskutecznieniu sekcyi przeprowadza się rodzaj epikryzy co do znaczenia poszczególnych zmian, związku tych zmian pomiędzy sobą, jakoteż oznacza się właściwą przyczynę śmierci.

Tak samo postępuje się przy rygorozum. Po obdukcyi, jaką rygorozant wykonał w ciągu mniej więcej dwóch godzin (a wykonywa całą sekcyę, nietylko jednej jamy ciała), zdaje rygorozant sprawę w takiż sam sposób. Przy tem sprawozdaniu potrąca się o zagadnienia z anatomii normalnej, fizyologii, patologii w celu zyskania dostatecznej podstawy do ocenienia wiedzy i umysłowości kandydata.

Od szeregu lat, odkąd obok mnie w zakładzie pod moim kierunkiem będącym, czynni są dwaj profesorowie nadzwyczajni, wprowadziłem podział pracy. Sam wykładam pierwszą część, drugą mikroskopową i trzecią sekcyjną wykładają naprzemian obaj profesorowie nadzwyczajni. Samo przez się rozumie się, że metoda wykładów, i temata, dobór materyału sekcyjnego, są wynikiem wzajemnego porozumienia.

W ten sposób najgłówniejsze temata anatomii patologicznej bywają uwzględniane.

Ta metoda dydaktyczna wymaga czynnego udziału ze strony młodzieży, należytego studyum przygotowawczego; audytoryum powinno być złożone ze studentów w duchu wyrazu »studeo«, co niestety od dłuższego szeregu lat, jak świadczy memoryał senatu akademickiego do krajowej rady szkolnej z r. 1914, szwankuje. A wadliwe zarządzenie co do egzaminu pierwszego i uczenie się dopiero przedmiotów przygotowawczych do egzaminu w ciągu piątego półrocza tworzy audytoryum w pewnej części nieprzygotowane do korzystania z wykładu i zainteresowania się wykładami, właśnie na piąte półrocze przypadającymi.

Z badań nad etyologią białaczki.

(Praca doświadczalna)

podał

Prof. Dr. Józef Wiczkowski (Lwów).

Nie częsty to przykład ogromnego nakładu myśli i pracy ludzkiej, jakie poświęcono badaniu etyologii białaczki już prawie od roku 1845, t. j. odkrycia jej przez Virchowa, a mimo to nie dotarliśmy do źródła prawdy i mamy przed sobą tylko cały szereg hypotez. Nie mam zamiaru wdawać się w szczegóły, roztoczę tylko myśli, które kierowały doświadczeniami.

I tak najpierw niepodobna uważać za moment etyologiczny białaczki przebytych chorób, jak zimnicy, kiły, zołzów, krzywicy, stanu grasiczno-limfatycznego i t. p., wszak one i tak figurują w etyologii wielu innych chorób; co najwięcej mogą one przygotować teren dla jej rozwoju. Już więcej liczyć się można z podaniem z wielu stron urazu czyto w kość, czyto w okolicę śledziony, jako przyczyny, mogącej wywołać szereg objawów białaczkowych; lecz sposób, w jaki uraz może wywołać białaczkę, pozostaje zagadką niewyjaśnioną. Bardzo wiele obiecywano sobie po poszukiwaniach drobnoustrojów swoistych, i to nie bez pewnych danych podstaw. Początkowo wiedziano tylko o jednej postaci białaczki, a mianowicie ostrej, że nosi na sobie niewątpliwie cechy ostrej choroby zakaźnej; dzisiaj wiemy, że białaczka w ogóle, czy ostra, czy przewlekła, nie jest chorobą narządów, lecz chorobą całego myeloidowego układu szpikowego, lub limfatycznego, rozsianego po całym ustroju. Ponieważ w obrazie klinicznym, jako też histologicznym, jest pewne podobieństwo między białaczką a chorobami zakaźnemi, ponieważ białaczka znajduje pewną analogię w kiłowych i w gruźliczych ziarniniakach (granulomata), przeto są podstawy do domyślenia się, że jest jakiś pasorzyt, który raz układ myeloidowy a drugim razem układ limfatyczny pobudza do bujania i do rozrostu. Fränkel pozwala sobie na twierdzenie, że tak ostra, jakoteż przewlekła białaczka są wywołane przez ten sam drobnoustrój i że to zależy od jadowitości i siły zarazka, jaki obraz się wytworzy. Byłby więc ten sam stosunek, co między ostrą a przewlekłą gruźlicą. Lecz to nie paciorkowiec lub gronkowiec wywołuje białaczkę, a gdy je znajdowano w białaczce, to było następowe zakażenie, które się rozwinęło na tle białaczki lub też drobnoustroje stworzyły dogodne warunki dla jej rozwoju, — a więc do posocznicy dołączyła się białaczka. Dowodziłyby tego spostrzeżenia Arnsbergera, a mianowicie, że w pewnej ograniczonej miejscowości po panującym durze spostrzegano uderzająco wiele przypadków ostrej i przewlekłej białaczki. Niedługo utrzymały się w etyologii białaczki pierwotniaki Mannaberga, ani ciałka Monroego, ani ameby Löwita.

Te wszystkie odkrycia nie zyskały znaczenia etyologicznego, gdyż nie udało się przez przeszczepienia tymi pasorzytami wywołać pewnej białaczki; były to stany posocznicze (septyczne) ze zmniejszoną ilością erytrocytów, a zwiększoną ilością leukocytów. Nie brakło też poważnych głosów, jak Bantiego, Sternberga, uważających pewne postacie białaczki za nowotworowe.

Ponieważ z biegiem czasu spostrzeżenia kliniczne, jak przypadek Obrastzowa i Cabota, zdawały się dowodzić możności przeniesienia się zakażenia z człowieka na człowieka, przeto mnożyły się próby przeszczepiania białaczki na takie zwierzęta, które samorodnie ulegają tej chorobie, a mianowicie na psy, koty, kury, konie i małpy. Lecz próby te, dokonane przez Bollingera, Weila, Clerca, Teichmüllera i wielu innych, wypadły ujemnie.

Więcej uwagi zwróciły na siebie doświadczenia Ellermanna i Banga z przeszczepieniem białaczki z kury na kury. Po wstrzyknięciu śródżylnem zawiesiny z narządów, — a we wszystkich ma się ten jad znajdować, — spostrzegali ci autorowie u 40% kur, którym wstrzyknięto zawiesinę, eksperymentalną białaczkę, i nawet białaczka rzekoma (pseudoleukaemia) przeszczepiona wytworzyła obraz białaczki (leukaemia), coby wskazywało na etyologiczne podobieństwo obu tych chorób.

Ten obraz białaczkowy odpowiadał białaczce zwierząt ssących; a więc charakterystyczne zmiany we krwi, jako to: wybitne objawy niedokrwistości, zmniejszenie leukocytów jednojądrzastych z 40% na 10—2%, zwiększona ilość dużych jednojądrzastych leukocytów 23% do 60%, a w pośród nich są myelocyty i mitozy, polichromatyczne zwyrodnienie krwinek czerwonych; a nadto charakterystyczne zmiany histologiczne, a więc nagromadzenie ciałek białych w naczyniach włosowatych wątroby, śledziony i szpiku kostnego, przerost i bujanie tkaniny myeloidowej około rozgałęzienia żyły wrotnej. Ponieważ także przesącz zawiesiny narządów wywołuje białaczkę, przeto autorowie uznali ten proces za zakażenie, a nie za bujanie komórek przeszczepionych. Takie same wyniki z przeszczepieniem białaczki u kur osiągnęli Jacoby i Hirschfeld, jednakże powyższe doświadczenia spotkały się z ostrą krytyką.

Schridde wywoływał zmiany podobne u kur przez przeszczepienie ich prawidłowych narządów. Burckhardt uważa białaczkę za osobliwą postać gruźlicy. Scriba twierdzi, że to nie białaczka, tylko mieszanina leukocytozy ze złośliwą niedokrwistością, to obraz podobny do tego, jaki otrzymał po wstrzykiwaniu kurom hodowli z prątkiem kury gruźliczej. Na te zarzuty sam Ellerman w r. 1913 odpowiedział doświadczeniami, które go utwierdziły w przekonaniu, że białaczka kur jest swoistą chorobą zakaźną i nie ma nic wspólnego z gruźlicą, że jad białaczki daje się przesączyć i że to zakażenie wywołuje obraz białaczki o typie jużto szpikowym, jużto limfatycznym.

Nie brak także i takich zdań, jakoby białaczka nie była wyrazem swoistego działania bakteryi, ale tylko skutkiem zmian w narządach przez zadziałanie różnych zakażeń i przez to wytworzenia się tła, na którem białaczka może się rozwinąć.

Od kilku lat przy każdej nadarzonej sposobności, korzystając z mego obfitego materyału klinicznego, przedsiębrałem liczne a różnorodne próby przeszczepienia białaczki z ludzi na zwierzęta; wszystkie one jednak, podobnie jak u innych autorów, wypadły ujemnie.

Dopiero doświadczenia z ostatnim przypadkiem ostrej białaczki u człowieka może rzucą w miarę dalszych badań pewien snop światła w dziedzinę ciemnej dotychczas etyologii białaczki.

Przypadek dotyczył młodego człowieka, 21 lat mającego, bez żadnego obciążenia dziedzicznego, bez kiły w wywiadach, nie nałogowego, który na 15 dni przed zgłoszeniem się na mój oddział doznał lekkiego urazu przez sztabę żelazną w stopę prawą. Po początkowych silnych bolach głowy zaczęły się powiększać gruczoły chłonne, najpierw w okolicy pachwinowej prawej, a więc po stronie chorej stopy, a potem we wszystkich innych miejscach, gdzie je tylko wyczuć można. Istotnie już przy pierwszem badaniu stwierdziłem gruczoły chłonne powiększone także w środpiersiu. Gruczoły przy dotykaniu twarde, niebolesne. Szczyty płuc wolne, stłumienie wybitne w dolnej części płuca lewego, przestrzeń Traubego zajęta; nakłucie próbne wykazało płyn surowiczy, mętny, w którego osadzie znajdują się prawie wyłącznie ciałka białe jednojądrzaste, podobne do limfocytów. Śledziona i wątroba znacznie powiększone, niebolesne. W narządzie krążenia nie można stwierdzić żadnych zmian. Ciepłota początkowo prawidłowa, później podniesiona o torze nieregularnym; tętno około 90.

Badanie krwi wykazało: hemoglobiny 80, ciałek krwi czerwonych 3,860.000, ciałek białych 27.000. Z ciałek białych %: obojętnochłonnych 60, przejściowych 12, limfocytów dużych 24, limfocytów małych 2, eozynochłonnych 2. Dość liczne ciałka krwi jądrzaste, ciałka polichromatofilne i pojedyncze mitozy.

W moczu niema białka, ani cukru, w osadzie liczne kryształki kwasu moczowego i ksantyny. Odczyn Wassermanna ujemny. W ciągu obserwacyi przy ciepłocie podniesionej, dochodzącej do 38·8, o przebiegu nietypowym, powiększały się gruczoły, zwiększała śledziona i wątroba, równolegle do zmian w obrazie krwi. — Badanie krwi, co kilka dni wykonywane, wykazywało stałe zwiększenie się ilości ciałek białych, od 27.000—590.000; cyfrowo oznaczono, jak w miarę zmniejszania się ilości leukocytów wielojądrzastych wzmagała się ilość dużych ciałek białych jednojądrzastych, podobnych do dużych limfocytów tak, że ostatnie preparaty krwi przedstawiały obraz niewątpliwej, wybitnie rozwiniętej białaczki ostrej.

Przywiodę tutaj kilka wyników badania krwi równorzędnych z przebiegiem:

	%	%	%	%	%
obojętnochłonnych	60	21·5	16	8	0·5
przejściowych	12	18·—	9	13	11·5
limfocytów dużych	24	58	71	75	88
limfocytów małych	2	2	2·5	0·5	—
eozynochłonnych	2	1	1·5	3·0	—

Sekcya tego chorego nie mogła być dokonana. Na podstawie tylko badania klinicznego z całą pewnością rozpoznaję: Leukaemia acuta sub forma lymphoidali, exsudatum pleuriticum sinistr.

Z tego to chorego krew, zawiesinę gruczołu chłonnego, świeżo wyciętego, jakoteż płyn surowiczy z jamy opłucnej wstrzyknąłem kurom śródżylnie. Kury zaszczepione krwią i zawiesiną gruczołową nie podpadły żadnej chorobie, pozostały zdrowe; kura zaś, zaszczepiona płynem surowiczym w ilości 2 ctm³., po 1½ miesiącach zaczęła chorować, grzebień jej zbladł, jakoteż zbladły błony śluzowe, dostępne badaniu, nogi obrzękłe, kura osowiała, mało przyjmowała pokarmów, w ogóle sprawiała wrażenie ciężko chorej.

Badanie krwi tej kury za czasu zdrowia wykazywało ilość ciałek krwi (czerwonych i białych) 3,680.000; hemoglobina (Sahli) 55. Na 1500 ciałek w preparacie barwionym (May-Giemsa) przypada 1467 ciałek czerwonych, 24 ciałek białych, 9 niepewnych (są to ciałka czerwone, ale z dużem jądrem). Stosunek ciałek czerwonych do białych 61 : 1. Stosunek ciałek białych na 200 zliczonych wypada: obojętnochłonnych z protoplazmą wałeczkowatą 32%, obojętnochłonnych z protoplazmą ziarnistą 8%, limfocytów dużych 47%, limf. małych 7%, dużych jednojądrzastych 8%.

Wynik badania krwi tej samej kury chorej: Ilość ciałek (LE) 790.000, hemoglobina (Sahli) 9. Na 1500 ciałek w preparacie barwionym (May-Giemsa) przypada: ciałek czerwonych 1143, ciałek białych 67, niepewnych 256. Uwaga: Przynajmniej 1/4 niepewnych należy zaliczyć do ciałek białych, do limfocytów dużych. L : E = 1 : 8·5. Stosunek ciałek białych na 200 ciałek liczonych: obojętnochłonnych 2·8%, limfocytów dużych 58·4%, limfocytów małych 28·4%, dużych jednojądrzastych 10·4%.

Krew tej kury przedstawiała mitozę i polychromatofilię.

Badanie więc krwi, początkowo zupełnie prawidłowej, wykazało obraz podobny do obrazu krwi białaczki ludzkiej z przewagą ciałek limfatycznych tego chorego, a niepodobny do obrazu krwi białaczki kurzej.

Sekcyę kury (zabitej chloroformem) celem możliwości przeprowadzenia dalszych doświadczeń wykonał kol. prof. W. Nowicki. On też przeprowadził cały szereg badań histologicznych narządów wewnętrznych, za co mu tutaj dziękuję.

Wynik sekcyi: Kura ciepła. Grzebień bardzo blady, również blady język i błona śluzowa jamy ustnej. Tkanka tłuszczowa podskórna dobrze rozwinięta, blada. Mięśnie blade, jakby obrzękłe. — Płuca po usunięciu mostka zaciągają się. Opłucna gładka, lśniąca, gdzieniegdzie na niej widoczne nieliczne bladowiśniowe plamkowate wybroczynki. Na rozkroju miąższ płuc blado-wiśniowy, gładki, mało powietrzny. Błona śluzowa oskrzeli blada. Gruczołów okołooskrzelowych nie można znaleść. — Serce w skurczu. Tkanka tłuszczowa podnasierdziowa słabo rozwinięta. W komorze prawej skąpa, blada, płynna krew. Zastawki serca i duże tętnice zmian nie okazują. Mięsień blady, jędrny. Na wsierdziu serca lewego jedna bladowiśniowa, plamkowata wybroczynka. — Jama brzuszna: Tkanka tłuszczowa podotrzewna dość dobrze rozwinięta, blada. Śledziona znacznie powiększona 37×25×20 mm., wagi 10½ gr., o kształcie jajowatym; torebka jej napięta, może nieco zgrubiała. Na rozkroju miąższ jej jasno wiśniowy, o grudkach chłonnych widocznych, kruchy. — Wątroba duża; torebka cienka i lśniąca, brzeg wątroby tępawy; na rozkroju wątroba blada z odcieniem żółtawym, gdzieniegdzie widoczne są punkcikowate lub plamkowate drobniutkie, przeważnie o rozlanych konturach, białawe, dość jednostajne na całym przekroju rozmieszczone ogniska. Miąższ wątroby dość kruchy. — Nerki blade, torebka ich schodzi dobrze, powierzchnia gładka, blada, na przekroju budowa nerki wyraźna, miąższ wszędzie blady. — Żołądek zmian nie przedstawia; podobnie jelita. Z naczyń krezkowych wylewa się skąpa jasna płynna krew. Gruczoły chłonne krezkowe bardzo drobniutkie, blade, zaledwie można je znaleść. — Szpik kości długich nóg jest szarawy, miejscami szarawo-czerwony, miękki; podobnie przedstawia się szpik mostka.

Badanie drobnowidowe: Celem badania drobnowidowego zatopiono kawałeczki narządów, ustalone w alkoholu, sublimacie, w płynie Müllera i Flemminga, w parafinie i celoidynie. Nadto z narządów miąższowych i szpiku kostnego porobiono rozcierane preparaty szkiełkowe. Prócz barwienia hematoksyliną i eozyną zastosowano metody barwienia krwi, barwienie prątków gruźliczych i srebrzenie (krętki blade). Odrazu tu zaznaczyć należy, że tak w licznych skrawkach, jak i preparatach rozcieranych, nie stwierdzono laseczników gruźlicy, na co zwrócono szczególniejszą uwagę.

Śledziona: Na pierwszy rzut oka uderza pomnożenie jednojądrzastych komórek, ugrupowanych w zbitsze ogniska głównie koło naczyń krwionośnych; wskutek tego koło poprzecznie przeciętego naczynia te ogniska przybierają kształt więcej okrągły, koło podłużnych przekrojów naczyń pasmowych wydłużony i odpowiednio do przebiegu naczyń rozgałęziający się. Jednojądrzaste okazują protoplazmę bazofilnie się barwiącą, a między niemi można dopatrzeć się siateczki niteczkowatej, świadczącej, że owe ogniska są rozrosłemi grudkami chłonnemi. Około samych naczyń, jakby w bezpośredniej łączności z ich ścianą, znajdują się komórki o niewyraźnych granicach protoplazmy, o jądrze jednem, o bardzo skąpej protoplazmie, a więc jasnem, zwykle z jednem jąderkiem, owalne, wydłużone lub okrągłe. Jestto najprawdopodobniej rozrosłe podścielisko kołonaczyniowe. Prócz owych nacieczeń, względnie ognisk grudkowych, wytworzonych z komórek jednojądrzastych, o okrągłych dość ciemnych jądrach, znajdują się rozrzucone w całej śledzionie, i to głównie wspomnianemi ogniskami, komórki jednojądrzaste z wybitnie gruboziarnistą eozynochłonną protoplazmą, taką samą, jak w komórkach w grupach ułożonych w wątrobie. Nadto w śledzionie całej rozrzucone są liczne ciałka czerwone o rozmaicie co do intenzywności barwiącej się hemoglobinie, w znacznej części dość bladej i wielobarwnej; ciałek tych spotyka się tu może nieco więcej, niż w śledzionie kur kontrolnych. Samo podścielisko słabo widoczne; w oczkach jego siateczki znajdują się w wielu miejscach grudki żółtawo-zielonkawego barwika, dającego odczyn żelaza, a więc hemosyderyny, powstałej niewątpliwie na tle wzmożonego rozpadu ciałek czerwonych i złożonej stąd w śledzionie hemoglobiny. Beleczki śledzionowe prawie niewidoczne. — Resumé: Pomnożenie komórek jednojądrzastych o dużych jądrach głównie koło naczyń krwionośnych (k. myeloidowe?), nadto objawy rozpadu ciałek czerwonych o bladej i wielobarwnej hemoglobinie. W ogóle rozrost miąższu śledziony.

Gruczoły chłonne krezkowe: Budowa gruczołowa wcale dobrze utrzymana. W samym miąższu gruczołowym, prawie niezmienionym, stwierdza się rozrzucone, rzadko w grupkach ułożone, stosunkowo nieliczne opisane wyżej jednojądrzaste większe komórki z protoplazmą zasadową, nie wykazującą ziarnistości. I tu można stwierdzić bardzo nieliczne komórki z ziarnistością eozynochłonną.

Wątroba: Na pierwszy rzut oka uderza zwiększona ilość nagromadzonych komórek koło naczyń. Owę nagromadzenia znajdują się tak dobrze koło naczyń międzyzrazikowych, a więc żyły wrotnej i tętnic wątrobnych, jakoteż w mniejszym stopniu koło naczyń śródzrazikowych, głównie żył środkowych. Nagromadzenia też nie tworzą krągłych ognisk względnie skupień, lecz pasma względnie smugi krótsze lub dłuższe, często mają one także w preparacie kształt trójkątny odpowiednio do kształtu tkanki torebki Glissona w danym skrawku. Komórki owych nacieczeń wnikają także między beleczki wątrobne, tworząc niejako małe wypustki, odchodzące od nagromadzeń większych. Bardzo często nagromadzenia owe są tak zbite, że zaledwie wśród nich można zauważyć światło naczyń lub przewodów żółciowych. Nagromadzenia opisane zasadniczo składają się z dwóch typów komórek: jeden tworzą komórki mniej więcej okrągłe o jądrach małych okrągłych z obfitą chromatyną, zatem o jądrach intensywnie się barwiących tak, że budowy chromatyny w nich nie można się dopatrzeć. Typ drugi, to komórki większe o obfitszej pierwoszczy zasadowo się barwiącej, o kształcie okrągławym, kańciastym lub owalnym; jądra komórek są duże, mniej więcej krągłe, znacznie jaśniejsze od poprzednich, a więc z widoczną budową chromatyny. Wśród tych nacieków komórkowych spotyka się nadto przeważnie w grupach ułożone podobne komórki o dużem jednem jądrze, podobnem do jądra komórek typu drugiego, z ziarnistością dość grubą protoplazmy i barwiącą się wybitnie eozynochłonnie. Stosunek ilościowy komórek jednego typu a komórek drugiego typu nie we wszystkich nagromadzeniach jest jednaki, naogół jednak większych ilościowych różnic nie można zauważyć. — Nigdzie wśród wymienionych komórek nie można zauważyć figur karyokinetycznych. Naczynia większe i włoskowate, szczególnie usadowione wśród opisanych nacieków komórkowych, mają światła przeważnie porozszerzane. W naczyniach tych obok utrzymanych ciałek czerwonych jądrzastych znajdują się masy bezpostaciowe lub ziarniste, barwiące się eozynoróżowo, być może masy, powstałe z rozpadu ciałek czerwonych. Nadto spotykamy tu komórki z owemi dużemi, krągłemi, jaśniejszemi jądrami, stwierdzonemi w komórkach typu drugiego. W niektórych naczyniach jest tych komórek tak dużo, że zapychają one prawie całe światło danego naczynia; natomiast gdzieniegdzie tylko owe komórki eozynochłonne, podobne do typu drugiego. — Naczyńka włoskowate śródzrazikowe są porozszerzane. W komórkach wątrobnych, dobrze się barwiących, znajdują się dość liczne większe i drobniutkie kuleczki tłuszczu.

W wątrobie kur prawidłowych znajdują się również ogniska, usadowione koło naczyń, a składające się z małych i dużych limfocytów, czasem gdzieniegdzie o protoplazmie ziarnistej, przyczem takie mają nieraz jądro myelocyta. Mitoz się w nich nie spotyka (Burckhardt). Podnieść trzeba, że u kur prawidłowych nagromadzenia komórkowe są wytworzone głównie z owych drobnych komórek o ciemnych, krągłych jądrach. W wątrobie naszej kury owych ognisk komórkowych jest znacznie więcej i są znacznie rozleglejsze, niż u kur prawidłowych. Dalej spotykamy tu w owych nagromadzeniach prócz drobnych komórek o ciemnych jądrach, także ów drugi typ komórek z dużemi jaśniejszemi jądrami o protoplazmie bazochłonnej, typ, spotykany także w naczyniach włosowatych względnie większych naczyniach wątroby i komórki o owej eozynochłonnej ziarnistości protoplazmy. Wreszcie widzimy tu w komórkach wątrobnych zmiany tłuszczowe dość znacznego stopnia.

Płuca: Zaledwie gdzieniegdzie w sąsiedztwie większych naczyń lub nawet w samych pęcherzykach płucnych stwierdza się bardzo nieznaczne wybroczynki. Zresztą tkanka płucna nie wykazuje innych zmian.

Nerki: Budowa nerki dobrze utrzymana. Nabłonki kanalików nerkowych dobrze utrzymane, gdzieniegdzie tylko okazują nieznaczny rozpad. Protoplazma nabłonków kanalików prostych zawiera nieliczne drobne kuleczki, przyczem zmiana ta rozmieszczona jest dość jednostajnie w nerce. Torebka Bowmana o wyściółce prawidłowej, dobrze utrzymanej, podobnież dobrze utrzymane są kłębki. Koło większych naczyń znajdują się zaledwie gdzieniegdzie ograniczone nacieki, wciskające się między kanaliki nerkowe, a wytworzone przeważnie tylko z jednojądrzastych komórek o dużem krągłem z dość obfitą chromatyną, a zatem ciemniej się barwiącem jądrze; protoplazma tych komórek jest dość skąpa, jednostajna, nie okazuje wyraźnej ziarnistości i barwi się bazofilnie. Prócz tych komórek, stanowiących główny składnik wspomnianych nacieków, spotykamy się z nielicznemi komórkami o dużych dość jasnych jądrach krągłych lub kształtem do krągłych zbliżonych, o obfitej protoplazmie, barwiącej się eozyną różowo; komórek tych jest znacznie więcej, aniżeli pierwszych, a rozmieszczone są między pierwszemi po jednej, rzadziej w grupach. W naczyniach krwionośnych przeważnie obfita krew, protoplazma ciałek blado eozyną się barwi; bardzo nieliczne komórki o owych dużych jasnych jądrach. — Resumé: Nerka, w miernym stopniu tłuszczowo zwyrodniała, okazuje gdzieniegdzie nieliczne nacieki międzykanalikowe, złożone z komórek jednojądrzastych, o dużych ciemno barwiących się jądrach, z protoplazmą bazochłonną.

Serce: Utkanie serca zmian nie przedstawia, jedynie w komórkach mięśnia sercowego znajdują się nieliczne drobniutkie kuleczki tłuszczu, świadczące o zwyrodnieniu mięśnia sercowego tłuszczowem nieznacznego stopnia. Osierdzie bez zmian, tkanka tłuszczowa podosierdziowa dość słabo rozwinięta. — Resumé: Mięsień sercowy w miernym stopniu zwyrodniały tłuszczowo.

Żołądek zmian widocznych nie przedstawia, specyalnie nie widać tu żadnych nacieczeń komórkowych ogniskowych lub rozlanych. Zbitość utkania mięśniowego prawidłowa; we włóknach mięsnych zmian tłuszczowych nie można zauważyć.

Mięśnie szkieletowe o budowie prawidłowej, o utrzymanem prążkowaniu, najwidoczniej podłużnem, dobrze się barwią eozyną. Naczynia między włóknami o świetle wązkiem, wypełnione skąpą krwią. Nacieków między włóknami nigdzie się nie zauważa.

Szpik kostny: Na pierwszy rzut oka uderza bardzo skąpa ilość tkanki tłuszczowej względnie komórek tłuszczowych, których miejsce zajmują obfite nagromadzenia innych komórek. Wśród nich należy rozróżnić ciałka białe i czerwone, które niejednokrotnie z trudnością można odróżnić. Z komórek pierwszych przeważają pod względem ilościowym ciałka białe o jednem du-

żem jądrze krągłem z wyraźną budową chromatyny; protoplazma tych komórek jest bazochłonna i tworzy wyraźny rąbek naokoło jądra, nie wykazuje ziarnistości, a cały kształt komórki jest zazwyczaj krągły lub nieco kańciasty. Obok opisanych znajdują się nieliczne ciałka mniejsze o krągłem lub nieco owalnem jądrze, ciemno się barwiącem, ze skąpą protoplazmą, dość wyraźnie ziarnistą. Komórki pierwszego typu są jednostajnie rozmieszczone w szpiku kostnym, a nadto spotyka się je w rozszerzonych naczyniach włosowatych w dość obfitej ilości. Ciałka czerwone są bardzo blade, okazują zmiany w zakresie jąder i protoplazmy (wielobarwność) i rozmieszczone są dowolnie między innemi komórkami, nie tworzą takich nagromadzeń, jakie spotykamy w szpiku prawidłowych kur. Należy wreszcie dodać, że w szpiku kostnym stwierdza się także rozpad ciałek czerwonych. — Resumé: W szpiku kości długich i płaskich uderza pomnożenie jednostajnie rozmieszczonych w szpiku i w naczyniach krwionośnych włosowatych dużych jednojądrzastych komórek, a dalej w czerwonych ciałkach zmiany o charakterze wstecznym.

Naogół należy zauważyć w narządach miąższowych i w szpiku kostnym obecność nacieczeń, wytworzonych głównie z dużych komórek z jednem dość jasnem jądrem, z dość skąpym rąbkiem pierwoszczy zasadowej, nieposiadającej ziarnistości lub co najwyżej gdzieniegdzie tylko zaznaczonej. — Ciałka czerwone okazują zmiany wsteczne, cechujące się nader bladem zabarwieniem, skąpą hemoglobiną, wielobarwnością, a wreszcie rozpadem. W komórkach narządów miąższowych stwierdza się mniej lub więcej wybitne zwyrodnienie tłuszczowe, a gołem okiem niedokrwienie i powiększenie (śledziony i wątroby), pozostające niewątpliwie w związku z opisanymi naciekami komórkowymi, w wątrobie n. p. już gołem okiem widocznymi. W całości wybitna niedokrwistość. T y p o w e j t k a n k i z i a r n i n o w e j g r u ź l i c z e j, j a k o t e ż l a s e c z n i k ó w g r u ź l i c y w b a d a n y m m a t e r y a l e n i e m o ż n a b y ł o s t w i e r d z i ć.

Tyle prof. W. Nowicki.

Tak więc na podstawie moich badań i obrazu sekcyjnego sądzę, że jestem upoważniony do twierdzenia, iż m i a ł e m p r z e d s o b ą p i e r w s z ą u d a ł ą p r ó b ę p r z e s z c z e p i e n i a b i a ł a c z k i z c z ł o w i e k a n a k u r ę, o ile nie ma się do czynienia w tym przypadku z rozwiniętą chorobą krwi, o czem jeszcze niżej wspominam. Dalszą moją myślą przewodnią było przeszczepić krew, zawiesinę różnych narządów, a szczególnie śledziony i szpiku kostnego innym kurom, a w razie udania się przeszczepienia, z kur na zwierzęta ssące i dalej czynić poszukiwania za właściwym sprawcą tej choroby. W tym celu, jak wspomniałem, zabiłem kurę chloroformem, a przeszczepienia dokonałem na 10 kurach. Rok cały minął, żadna z kur nie zachorowała, owszem dobrze się miały, jaja znosiły, aż wreszcie stały się pastwą złodziei, a młode wyrosły na duże spasione kury, na których dalej dokonuję doświadczeń. Niestety wszystkie one wypadły ujemnie; co prawda, miałem do rozporządzenia tylko przypadki białaczki przewlekłej, a w żadnym przypadku nie było wysięku zapalnego opłucnego.

Streszczając powyższe doświadczenie, powinienem odpowiedzieć na następujące pytania: 1) Czy mój chory cierpiał istotnie na białaczkę i na jaką postać? 2) Czy kura była zaszczepiona białaczką, i to ludzką?

Zapewne badanie sekcyjne, jakoteż histologiczne (a to drugie badanie jest nieledwie niezbędne dla ustalenia rozpoznania białaczki) byłyby poparły rozpoznanie; w tym jednak razie i bez sekcyi można z całą pewnością twierdzić, opierając się na obserwacyi klinicznej i na badaniu krwi, że to istotnie była białaczka, i to postać jej ostra, mimo że przynajmniej do czasu pobytu w szpitalu nie było skazy krwotocznej. Chcąc odpowiedzieć na pytanie co do rodzaju białaczki, czy to postać limfatyczna czy też myeloidowa, należałoby się rozejrzyć w tych licznych a często sprzecznych podaniach autorów, za co należy uważać duże ciałka jednojądrzaste o protoplazmie zasadowej nieziarnistej, otaczającej wązkim pasem jądro częstokroć z jąderkami, czyto za duże limfocyty, czyto za myeloblasty w pojęciu Naegelego, lub wreszcie za komórki nowotworowe w myśl wywodów Bantiego, Sternberga. Nie jest celem niniejszej pracy wdawać się w bliższe roztrząsanie tej sprawy; ja na podstawie mojego doświadczenia orzec muszę, że chory mój cierpiał na ostrą limfatyczną białaczkę, a dodaję, że odczyn indofenolowy Winklera i Schultzego co do oksydaz (myeloblasty) wypadł ujemnie, ale znowu nie znalazłem ziarenek fuchsynofilnych, charakterystycznych wedle Altmana i Schriddego dla limfocytów.

A teraz drugie pytanie, czy u kury rzeczywiście przeszczepiłem białaczkę ludzką? Wzmożona ilość ciałek białych, i to na karb dużych ciałek białych, jednojądrzastych tego samego typu, co u człowieka, zmniejszona ilość leukocytów wielojądrzastych, zmniejszona ilość erytrocytów, zmniejszona ilość hemoglobiny, obecność mitoz i polychromatofilii, to są cechy krwi białaczkowej.

Sekcya kury, dokonana przez kol. Prof. Nowickiego, wykazała znaczne powiększenie śledziony, zmiany w szpiku kostnym, dla białaczki charakterystyczne, a co najwięcej charakterystyczne, zmiany histologiczne; a wreszcie kol. Nowicki mimo starannego poszukiwania nie znalazł nigdzie żadnych ognisk gruźliczych ani makroskopowo, ani mikroskopowo.

C h y b a d o ś ć d o w o d ó w, a b y u z n a ć, ż e p r ó b a p r z e s z c z e p i e n i a b i a ł a c z k i l u d z k i e j n a k u r ę w t y m p r z y p a d k u p o w i o d ł a s i ę. Mimoto daleki jestem od tego, aby na podstawie jednego udałego doświadczenia stawiać tezę zasadniczą. Trudno bowiem nie pamiętać o obrazie krwi, podobnym do wyż opisanego, jaki przedstawia kura, zapadła na jakąkolwiek chorobę zakaźną, a szczególnie na gruźlicę; kura bowiem łatwo bardzo oddziaływa wzmożoną leukocytozą na działanie wszelkich podniet; a z drugiej strony mimowoli nasuwa się myśl, czy ta kura przypadkowo samorodnie nie zapadła na białaczkę, jakkolwiek u kur moich, długi czas pozostających w obserwacyi, epidemii białaczki nie było; wreszcie niewytłumaczonem zostaje, dlaczego przeszczepienia zawiesiny narządów kury chorej na dziesięć innych dały wynik ujemny. Również ujemnie wypadły dalsze przeszczepienia krwi ludzkiej w białaczce na kury; co prawda nie rozporządzałem więcej ani jednym przypadkiem o s t r e j białaczki.

Etyologia więc białaczki zostanie nadal niewyjaśnioną, ale została zachętą do dalszych doświadczeń w tym kierunku.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 12 grudnia 1917

(w klinice chorób wewnętrznych.)

Przewodniczy kol. Ciechanowski, obecnych członków 52

1. Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia odczytał prezes depeszę lwowskiego Towarzystwa lekarskiego z podziękowaniem za depeszę, wysłaną do tegoż Towarzystwa z okazyi 50-lecia Towarzystw lekarskich w Galicyi.

2. Przewodniczący Komisyi przedwyborczej, kol. rektor Kostanecki, zaproponował w y b ó r następujących członków Towarzystwa d o z a r z ą d u n a r o k 1918. N a r o k: Prezes: Krzyształowicz. Wiceprezes: Damski. Sekretarz doroczny: Michejda. N a 3 l a t a: Bibliotekarz: Blassberg. Sekretarz stały: Nitsch. N a r o k: Komisya rewizyjna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego: T. Piotrowski, Z. Wachtel (senior). Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«: Blassberg, Browicz, Krzyształowicz, Majewski, Rutkowski. Przewodniczący Komisyi słownikowej: Browicz. Delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy gal.: Browicz, Ciechanowski. Delegat do Komisyi rewizyjnej Tow. lekarzy gal.: Schoengut. Delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy gal.: Akerman, Berezowski, Ciechanowski, Damski, Janiszewski, Kostanecki, Kwaśnicki, Lang, Landau J. (sen.), Schoengut, Surzycki. Zastępcy delegatów na Walne Zgromadzenie: Służewski, Majewski, T. Piotrowski, Z. Wachtel (senior), Wojciechowski.

Pozostają na urzędach do końca trzechletnich kadencyi: administrator i redaktor »Przeglądu lekarskiego« (do końca 1918), skarbnik i gospodarz domu (do końca 1919).

Wnioski Komisyi przedwyborczej uchwalono w tajnem głosowaniu jednomyślnie.

3. Kol. prof. L a t k o w s k i przedstawił chorego, cierpiącego od szeregu lat na **wyprysk przewlekły** z bardzo znacznym świądem skóry, który choremu nieraz całymi miesiącami nie pozwalał spać. Wszelkie leczenie (apteczne, promieniami Röntgena i t. d.) pozostało bez skutku. L. przeprowadził leczenie ciałami proteinowemi (podskórne w s t r z y k i w a n i a m l e k a) ze skutkiem bardzo dobrym. Omówiwszy teoretyczne podstawy tego leczenia, podaje wyniki, jakie tą drogą uzyskał przy czerwonce.

W d y s k u s y i a) kol. prof. Jaworski stwierdza znaczną poprawę w stanie chorego, którego miał sposobność widzieć przed rozpoczęciem leczenia. Nie wiadomo, co w mleku stanowi czyn-

nik leczniczy. Będzie to można wiedzieć, jeśli się uda pojedyncze składniki wyosobnić. Mowca nie sądzi, aby wyprysk był następstwem zatrucia z przewodu pokarmowego, uważa go raczej za sprawę swoistą skóry. — b) Kol. Marcisiewicz, który również miał sposobność chorego widzieć przed rozpoczęciem leczenia, stwierdza znaczną poprawę w stanie chorego.

4. Kol. prof. Latkowski przedstawia chorego ze **zmianami kiłowemi** rozsianemi w **układzie nerwowym** (Wassermann +++), u którego występowały wzniesienia ciepłoty do 40°, których klinicznem badaniem nie było można wytłomaczyć. (Badanie fizyczne ujemne, badanie płynu mózgowordzeniowego wykluczało ostre sprawy zapalne opon mózgowych, badanie bakteryologiczne krwi ujemne). L. przypuszcza, że przyczyną gorączki w przedstawionym przypadku jest ucisk, wywierany przez ognisko kiłowe na ośrodek, regulujący ciepłotę ciała. Wstrzyknięcie neosalwarsanu sprowadziło ciepłotę ciała do normy.

5. Kol. doc. Mayer: **Demonstracye z zakresu radyologii.** Przed pokazaniem zdjęć, wykonanych bańką Coolidgea, podał prelegent myśli wytyczne zastosowania termojonizacyi do wytwarzania promieni Röntgena. W dotychczas używanych bańkach rentgenowskich jonizacya, t. j. przemiana gazu nieprzewodzącego na przewodzący, polega na rozbijaniu atomów resztki powietrza, zawartego w bańce, pod wpływem czynników jonizujących. Wytrącone z atomów elektrony, porwane przez wysokie natężenie pola elektrycznego, jakie panuje między katodą a antykatodą, uderzają gwałtownie o antykatodę. Wskutek tego bombardowania wytwarzają się w otaczającym eterze niezmiernie drobne falowania czyli promienie Röntgena, podobnie, jak fale głosowe w powietrzu, które wydaje tarcza, zarzucona gradem pocisków. — Inaczej odbywa się jonizacya w nowszych bezgazowych bańkach Coolidgea. W naczyniu tem wytworzono próżnię tak znaczną, że nawet największe napięcie, przyłożone do jego elektrod, nie jest zdolne przepędzić przez nie prądu. Tu niema dostatecznej ilości atomów powietrza, aby oderwane od nich elektrony mogły przenosić elektryczność ujemną z katody na antykatodę. Przenośnikami elektryczności są tutaj elektrony, które wyrzuca ze siebie katoda, rozżarzona do ciepłoty powyżej jasnoczerwonego żaru. Ilość elektronów, a zatem także ilość przez nie wytworzonych promieni X zależy od wysokości ciepłoty żaru, którą w bańce Coolidgea można dowolnie i dokładnie zmienić. Prędkość zaś elektronów, pędzących na antykatodę, zależy od wysokości napięcia, które też można należycie regulować. Im wyższe napięcie, tem większa prędkość elektronów, tem naglej będą one w biegu swym przez antykatodę powstrzymane, tem cieńsza fala, wzbudzona w otaczającym eterze, tem większa przenikliwość czyli twardość promieni. Ponieważ natężenie i twardość promieni w bańce Coolidgea można niezależnie od siebie dowolnie i dokładnie zmieniać, przeto technika zdjęć i prześwietlań dla celów rozpoznawania oraz leczenia została przez to niesłychanie uproszczona i wydoskonalona. Następnie przedstawił i objaśnił prelegent szereg zdjęć, wykonanych przez siebie za pomocą bezgazowej bańki Coolidgea. Między innemi pokazał obraz rzadko dającego się bezpośrednio wykazać **wrzodu okrągłego** na krzywiźnie małej **części odźwiernikowej** w postaci brodawkowatego wypuklenia z pęcherzykiem gazowym na szczycie. Ciekawe też były obrazy **jednolicie wypełnionych jelit cienkich**, które w ten sposób są widoczne według własnych spostrzeżeń prelegenta tylko w niektórych chorobach żołądka i jelit grubych. W końcu przedstawił prelegent **chorego z mięsakiem, leczonego promieniami Röntgena.** Gruczoły podszczękowe, powiększone pierwotnie do wielkości jaja kurzego, nie dają się obecnie wyczuć, owrzodziały guz w obrębie gardła zabliźnił się zupełnie i zmniejszył tak, że objawy zwężenia znikły całkowicie. Najmniej dostępny guz w krtani mniej się zmienił, wszelako dalsze naświetlanie bezpośrednio przez jamę ustną da zapewne i w tem miejscu wynik lepszy. Również badanie histologiczne przed i po naświetlaniu, wykonane przez prof. Glińskiego, wykazało różnice wyraźne. (Streszczenie własne.)

Dyskusya: a) Kol. doc. Seńkowski. Budowa lampy Coolidgea zeszła się czasowo znajważniejszymi postępami w poznaniu promieni Roentgena, mianowicie ustaleniem ich charakteru jako fal elektromagnetycznych, jakościowo identycznych z promieniami światła widzialnego i z oznaczeniem długości fali tych drgnień eteru. Gdy długość fali światła działającego na siatkówkę wynosi 700 do 400 μμ (milionowych milimetra), to długość fali promieni Roentgena leży poniżej 0·1 μμ. Siatka Rowlanda o kilku tysiącach oczek na milimetr daje doskonałe widmo dyfrakcyjne światła zwyczajnego, natomiast dla promieni Roentgena jest instrumentem za grubym. Dzięki pomysłowi Lauego i wykonaniu przez Bragga ojca i syna znaleźliśmy odpowiednią siatkę gotową w naturze, a tą jest każdy kryształ. Z innych badań wiemy, że atomy w krysztale są od siebie oddalone około 0,1 μμ, to też za pomocą kryształów możemy teraz oznaczyć długość fali, to jest twardość promieni Roentgena w jednostkach absolutnych, t. j. milimetrach, a z drugiej strony zapomocą promieni o znanej długości fali możemy fotografować atomy. Promienie γ ciał promieniotwórczych są bardzo twarde, długość fali dla radu B i C wynoszą około 0,0072 μμ i w tem leży różnica ich działaniu leczniczego w porównaniu z promieniami Roentgena. Lampa Coolidgea może dać promienie bardzo twarde, przy obciążenia 60.000 volt dochodzące do 0,036 μμ, wystarczyłoby więc tylko pięciokrotne obciążenie t. j. 300.000 v., aby dorównać promieniom radu 0,0072 μμ. Takie obciążenie jest na razie niewykonalne z powodu wyładowań po szkle, ale w przyszłości możliwe. Wtedy dopiero moglibyśmy całkowicie zastąpić drogie preparaty promieniotwórcze bardziej dostępnymi promieniami Roentgena. (Streszczenie własne).

b) Kol. prof. Gliński badał histologicznie wycinki nowotworu, demonstrowanego przez kol. M. (mięsaka), przed i po naświetlaniu promieniami Röntgena. W preparatach pochodzących z okresu przed naświetlaniem stwierdzał typowe dla mięsaków utkanie komorkowe z bardzo licznemi figurami karyokinetycznemi w komórkach. W drugiej seryi preparatów (po naświetlaniu promieniami Röentgena) stwierdzić było można naogół znaczny rozrost tkanki łącznej, a mniejszą stosunkowo ilość komórek i figur karyokinetycznych, tu i ówdzie ślady rozpadu komórek. Na preparacie widoczne były wśród utkania nowotworowego liczne wielojądrzaste komórki wędrujące, mające tu niewątpliwie rolę komórek żernych. G. zaznacza, że wycinki, jakie mu do badania przysłauo, były bardzo małe, tak że trudno przewidzieć, co się dziać mogło w głębi nowotworu.

c) Kol. doc. Zubrzycki omawia zastosowanie lampy Coolidgea do terapii ginekologicznej.

d) Kol. Laskiewicz zapytuje, czy kol. M. badał promieniami Röntgena nowotwory mózgowe i czy możliwe jest określenie ich siedziby zapomocą tych promieni. Dalej, czy da się nimi oznaczyć rodzaj i stopień niedomykalności zastawek sercowych; czy w końcu kol. M. nie zauważał szkodliwego wpływu promieni Röntgena na swój narząd wzrokowy wzgl. inne narządy.

e) Kol. Mayer: Tylko zwapniałe nowotwory mózgu można zapomocą promieni Röntgena rozpoznać w obrębie jamy czaszkowej, albo też takie nowotwory, które przez ucisk na kostną ścianę czaszki wywołały jej zanik. Szkodliwego wpływu promieni Röntgena na własne narządy dotychczas nie zauważył.

6. Kol. Raczyński: **Nowy sposób barwienia krwi.** (Streszczenia nie nadesłano).

Dr Michejda, zast. sekr. dor.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

XIII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 29 sierpnia 1917

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Meisels, Zion. Usprawiedliwili swą nieobecność Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Gmina Skole donosi, że pomimo ogłoszonego konkursu na lekarza żaden lekarz się nie zgłosił. Uchwalono poradzić, aby ogłoszono jeszcze konkurs w »Przeglądzie lek.«

2. Prezydent podaje do wiadomości, że w sprawie przydziału pewnej ilości alkoholu lekarzom praktycznym potrzeba wnieść do Centrali spirytusowej odpowiednie podanie którego projekt odczytuje. Przyjęto.

3. Przyjęto do wiadomości podziękowanie Dr K. za wyjaśnienie w jego sprawie o honoraryum lekarskie.

4. Przyjęto referat pisma do Wydziału wykonawczego w sprawie zażaleń lekarzy, pełniących służbę wojskową. W piśmie tem przedstawiono szczegóły odnoszące się do Dr P. i Dr B.

5. Zaopiniowano wnioski kredytowe: Dr B. z I. ad T., Dr H. I. z L., Dr K. Z. z N. i Dr W. K. z T.

6. Uwolniono częściowo od opłat do Izby: Dr S. z P., Dr M. S. z L. i Z. T. z L.

7. Prezydent poruszył potrzebę podwyższenia dyet za tłumienie chorób epidemicznych i szczepienie. Po omówieniu szczegółów uchwalono odnieść się do kilku lekarzy z prowincyi o potrzebne do memoryału daty.

XIV. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 12 września 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, wiceprez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Zion, i zast. czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje pismo Izby lek. zach. galic. i Towarzystwa lek. krak. z prośbą o przyłączenie się do deputacyi, która ma Kołu sejmowemu polskiemu przedłożyć memoryał w sprawie polepszenia stosunków aprowizacyi wraz z wezwaniem do zaniechania dalszej rekwizycyi węgla i artykułów spożywczych z Galicyi. Prezydent podaje, że mimo późnego otrzymania pisma, zdołał jeszcze wysłać telegram do Izby lek. w Krakowie, z zawiadomieniem zupełnego przyłączenia się naszej Izby do podjętej akcyi. Wydział przyjmuje do wiadomości zarządzenie prezydenta.

2. Przyjęto do wiadomości pismo Wydziału kraj. w sprawie zatrzymania płacy lekarza okręgowego Dr. B. Wydział krajowy wyjaśnia, że według ustawy płace lekarzy okręg. płatne są z funduszów powiatowych, a nie krajowych, wobec czego interwencya Wydziału kraj. jest niemożliwą, a Dr B. powinien zwrócić się na drogę prawa.

3. Pismo pani H. z zażaleniem na Dr M. z L. o naruszenie tajemnicy lekarskiej, uchwalono przesłać Dr M. do oświadczenia się.

4. Odczytano pismo Dr S. z Z., w którem tenże prosi o interwencyę, ażeby lekarzom wydawały władze osobne legitymacye dlau łatwienia odwiedzaniac horych w obrębie ściślejszego terenu wojskowego. Uchwalono odnieść się ponownie do Namiestnictwa.

5. Przyjęto do wiadomości pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie rekursu Dr O.

6. Odczytano odpowiedź Dr D. na orzeczenie Rady honor. w sprawie jego skargi. Ze względu na ton, ubliżający Izbie, oddano sprawę do referowania na następne posiedzenie.

7. Zaopiniowano podania kredytowe Dr A. W. ze L., Dr E. S. ze L. i Dr B. S. ze L.

XV. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 25 września 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Zion. Dr Meisels usprawiedliwił swą nieobecność.

1. Prezydent zawiadamia, że starania o przyznanie lekarzom czystego alkoholu do celów dezynfekcyjnych odniosły pomyślny skutek i że Centrala spirytusowa przyznała każdemu lekarzowi we Lwowie na prowincyi po 6 litrów alkoholu rocznie. Żądany spis lekarzy Centrali przedłożono.

2. Przyjęto do wiadomości pismo Wydziału wykonawczego Izb w sprawie przyobiecanej przez c. k. Ministerstwo dodatkowej karty poboru na węgiel i mydło dla lekarzy.

3. Odczytano odpowiedź Wydziału kraj. na memoryał Izby lek. w sprawie wydawania Towarzystwom asekur. odpisów historyi choroby względnie orzeczeń lekarskich. Uchwalono oznajmić Wydziałowi kraj., że obowiązek tajemnicy lekarskiej odnosi się nietylko do rozpoznania cierpień i przyczyn choroby, ale również do przebiegu, objawów i wywiadów, które to szczegóły tworzą istotę historyi choroby i częstokroć są najściślejszą tajemnicą osobistą i rodziny chorego. Zatem zdaniem Izby szczegółów tych bez zgody chorego lub jego opiekunów nie wolno bezwarunkowo wyjawiać zarówno lekarzom prywatnym, jak i zakładom leczniczym, chyba jedynie na żądanie uprawnionych do tego władz sądowych, — przyczem jeszcze w poszczególnych wypadkach zachodzić może potrzeba rozstrzygnięcia kolizyi z tajemnicą lekarską.

4. Prezydent zawiadamia, że celem omówienia i podjęcia starań co do powrotu Władz do Lwowa odbyło się z inicyatywy Izby lek. zebranie reprezentantów poważnych instytucyi lwowskich, a mianowicie Izby adwokatów, notaryalnej, inżynierskiej, handlowej i przemysłowej, rękodzielniczej, Towarzystwa politechn, Galic. Kasy oszczęd., Banku kraj., przemysłowego, hipocznego, ludowego, Galic. Towarzystwa kredyt. ziemsk., Galic. Banku kred. ziem., Towarzystwa kupców i młodzieży handl. i Związku ziemian. Postanowiono wysłać imieniem wszystkich reprezentowanych instytucyi memoryał do Ministerstwa sprawiedliwości, skarbu, Galicyi i do Koła polskiego.

5. Odczytano pismo Tow. Czerwonego Krzyża z projektem co do urządzenia w zdrojowiskach opieki dla opuszczających szeregi wojskowe, którzy nabyli choroby w czasie służby wojskowej. Projekt zamierza rozróżniać dwie kategorye chorych. Do pierwszej należeliby chorzy całkiem niezamożni; za leczenie tych proponowane jest honoraryum 12 koron za pierwsze 6 tygodni, za każdy następny tydzień po 4 kor., — do drugiej grupy należeliby zamożniejsi i ci mają płacić 20 kor. za pierwsze 6 tygodni, a za każdy następny tydzień po 6 kor. Ponieważ ta sprawa ma być na porządku dziennym przyszłego posiedzenia prezydentów Izb, Prezydent przedstawił ją do uchwały. Uchwalono, aby Prezydent Izby przyłączył się do ewentualnej opozycyi, a to z tej przyczyny, że sprawę honoraryów w zdrojowiskach możnaby unormować dopiero po wysłuchaniu opinii lekarzy zdrojowych.

6. Zaopiniowano przychylnie podania kredytowe: Dr I. B. z Ch., Dr I. K. z K. i Dr I. B. z I.

7. Dr M. ze L. w sprawie swojej o naruszenie tajemnicy lek. złożył pisemne oświadczenie. Uchwalono zażądać od skarżącej pani H. liczby aktów sądowych.

8. Sprawę podwyższenia dyet za szczepienie ospy i tłumienie epidemii oddano do referatu Dr Drzymalikowi.

9. Odpisano bądź częściowo, bądź całkowicie opłaty Izbowe Dr. E. R. z P., Dr. D. M. z K., Dr. S. H. z S. i Chir. M. E. z N.

10. Przyjęto do wiadomości zawiadomienie Dr. Fr. Jandy ze Lwowa, że wyjechał na Węgry i zaniechał wykonywania praktyki lek.

XVI. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 3 października 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion, Meisels.

1. Prezydent odczytuje porządek dzienny mającej się odbyć w Wiedniu 10 października konferencyi prezydentów Izb. Odnośnie do tego uchwalono: a) W sprawie mającego się utworzyć Ministerstwa opieki społecznej uchwalono domagać się, aby kraj nasz nie był pokrzywdzony i odpowiednio zastąpiony. b) W sprawie unormowania stosunków lekarzy powołanych do wojska uchwalono powołać się na pismo wysłane w swoim czasie do Wydziału wykon. c) Podnieść ponownie sprawę podwyższenia taryf sądowo-lekarskich.

2. Referent przedstawia sprawę pisma Dr L. D. do Izby lek. Na wniosek referenta uznano, że pismo Dr D. mieści w sobie pewne zwroty ubliżające Izbie lek. Z uwagi jednak, że Dr D. nie należy do okręgu Izby wsch. gal., uchwalono odstąpić sprawę Izbie lek. zach. galic., celem wdrożenia dochodzenia dyscyplinarnego z powodu, że Dr D. wykroczył przeciw obowiązkom wypływającym ze stosunku jego do Izby, do której jeszcze niedawno był przynależnym.

XVII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 17 października 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg Zion.

1. Odczytano pismo Związku wojennego dla przemysłu bawełnianego w Wiedniu w sprawie regenerowania używanej waty. Uchwalono treść pisma przesłać dyrekcyom szpitali.

2. Dr L. z K. żali się, że Dr H. z W. praktykuje w K. i W. Uchwalono zasięgnąć informacyi u tamtejszego lekarza powiat.

3. Uchwalono odpisać częściowo opłaty Izbowe Dr A. B., który niedawno wrócił z niewoli ros.

4. Prezydent zdaje sprawę z konferencyi prezydentów Izb, odbytej 10 paźdz. 1917 w Wiedniu. Poruszono następujące sprawy:

a) W sprawie przydzielenia lekarzom spirytusu denaturowanego Wydział wykonawczy przesłał do Ministerstwa wszystkie odpowiedzi i życzenia pojedynczych lekarzy, — dotychczas jednak załatwienie nie nastąpiło.

b) Lekarze mają otrzymać dodatkowe karty na węgiel i mydło.

c) Wydział wykonawczy wniósł podanie do Ministerstwa aprowizacyi, aby lekarzy zaliczono do klasy ciężko pracujących.

d) Wysłano memoryał Wydziału wykonawczego w sprawie organizacyi Ministerstwa zdrowia.

e) Przyjęto do wiadomości referat w sprawie organizacyi Ministerstwa opieki społecznej.

f) Prezydent Wydziału wykonawczego poruszył sprawę utworzenia osobnego sekretaryatu przy Wydziale wykon. dla prowadzenia czynności biurowych.

g) Prezydent Izby wziął nadto udział w zjeździe lekarskim w Badenie — i podaje do wiadomości tematy na zjeździe omawiane.

5. Prezydent odczytuje pismo do Ministerstwa Galicyi z przedstawieniem postulatów Izb lekarskich co do organizacyi ministerstwa zdrowia i opieki społecznej. Przyjęto i uchwalono wysłać.

6. Zaopiniowano podania kredytowe Dr W. K. z T. i Dr I. K. z P.

7. Uchwalono oświadczyć się za nadaniem koncesyi na aptekę w Stanisławowie dla Mg. Macury, którą nabył w drodze spadku.

8. Odczytano zażalenie Dr T. M. z S. na Dr Z. z B. i uchwalono przesłać to zażalenie Dr Z. po oświadczenia się.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 6. II. 1918 posiedzenie, na którem st. insp. Dr. L. Bier miał wykład p. t. »Pod jakimi warunkami wodociąg bielański odpowiadać będzie wymaganiom higieny«. W posiedzeniu uczestniczyło Towarzystwo techniczne. W dyskusyi zabierali głos: dyrektor wodociągu inż. Jaszczurowski, Dr. Momidłowski, Doc. Seńkowski, prof. Nitsch, inż. Rodakowski, prof. inż. Sikorski i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 20. II. 1918.

Lwów. Siedziba komitetu wykonawczego Krajowej Komisyi walki z gruźlicą została przeniesiona do Lwowa (z Krakowa); przewodnictwo w komitecie objął prof. Dr. Wiczkowski, wiceprezesem jest doc. Dr. Janiszewski, sekretarzem Dr. Witold Ziembicki. Komitet zamierza organizować koła powiatowe, które prócz propagandy mają się zająć opieką nad poradniami przeciwgruźliczemi (dyspensatoryami). W kraju istnieją 3 poradnie Towarzystwa walki z gruźlicą (Lwów, Kraków, Nowy Targ), a 9 poradni Czerwonego Krzyża (Przemyśl, Jarosław, Łańcut, Rzeszów, Zakopane, Nowy Sącz, Sambor, Stryj, Drohobycz); wkrótce powstanie poradnia w Tarnowie.

Warszawa. »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych«, wydawany przez Dr. F. Malinowskiego, zaczął ponownie wychodzić.

Zmarli: Dr. Antoni Lisiewicz, weteran z r. 1863, długoletni lekarz powiatowy w Kielcach, Dr. Kazimierz Malanowicz w 53 r. w Błoniu; z duru plamistego: Dr. Bronisław Laskowski w Kielcach, Dr. Jan Przyborowski w 44 r. w Ozorkowie, Dr. Arkadyusz Fórtkiewicz, lekarz powiatowy, w Płocku.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20 lutego 1918 o godz. 6 wieczór w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr. Weissglassa i inż. Thora: O pracy inwalidów w c. k. Szkole inwalidów w Krakowie (oddział przemysłowy).

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar- 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. Cz. I. i II. po 9 kor. 20 h.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.



N. 160. 9/5

Ogłoszenie.

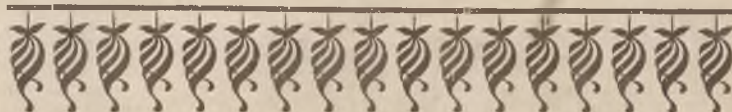
Magistrat m. Kielc ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego w Kielcach z płacą 7.200 koron rocznie.

Reflektujący na powyższą posadę winien przedstawić:

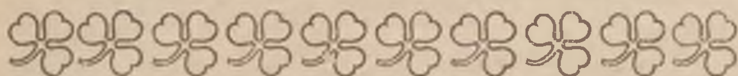
1. dyplom lekarski,
2. świadectwo zdolności fizycznej, wystawione przez lekarza powiatowego, ponadto podać swój wiek, przynależność państwową, oraz dotychczasowe curriculum vitae.

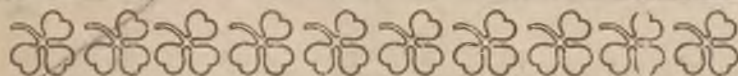
Oferty przyjmowane będą do dnia 15-go lutego b. r.

Magistrat m. Kielc. 282



Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 7. Kraków, 16. lutego 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 ko 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha

Rok LVII. Kraków, 16. lutego 1918 Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Myotonia acquisita.

Skreślił

Prof. Dr. L. Korczyński.

Do rzędu ważnych szczegółów, cechujących chorobę Thomsena (myotonia congenita), należy dziedziczność zboczeń w układzie mięśniowym i wielka ich trwałość. W przypadkach typowych zjawiają się stany myotoniczne już w pierwszych latach życia, najpóźniej w okresie pokwitania, i utrzymują się już stale, ze zmiennem tylko nasileniem. Opisów przypadków, w których brakuje zupełnie podstaw dla przyjmowania dziedziczności, względnie dla upatrywania czynników usposabiających, związanych z pochodzeniem rodzinnem i gdzie choroba rozwija się przynajmniej na granicy wieku dojrzałego, znajduje się w piśmiennictwie niewiele. Krótka wzmianka o dwóch tego rodzaju przypadkach, spostrzeganych na moim tutejszym oddziale, wydaje mi się w obec tego zupełnie uzasadnioną.

1. Mustafa G., 19-letni robotnik z Sarajewa, wyzn. muzułmańskiego, przyjęty do szpitala 6. sierpnia 1913, podaje, że przed dwoma tygodniami uległ przy robocie wypadkowi, przyczem obok zranień i zgniećeń części miękkich powstało złamanie trzech palców ręki prawej. W tydzień później zauważył, że nie panuje, jak dawniej, nad swojemi poruszeniami. Przy mówieniu lub jedzeniu nie może swobodnie zamykać i otwierać ust, ująwszy ręką jakikolwiek przedmiot, nie może otworzyć zaciśniętej pięści, przy podnoszeniu się i próbie chodzenia tężeje i, o ile nie znajdzie jakiegoś oparcia, pada bezwładnie na ziemię i leży dłuższą chwilę bez ruchu. Otoczenie chorego poczytywało tego rodzaju upadki za objaw padaczki. On sam podaje jednak, że zachowywał zawsze najzupełniejszą świadomość tego, co się z nim i koło niego dzieje, tylko zupełnie tracił moc panowania nad stężałymi mięśniami całego ciała. Od chwili, kiedy się zjawiły zaburzenia nerwowe, doznaje chory rwących i ciągnących bólów w tułowiu i w kończynach. Na jakiekolwiek dalsze zboczenia lub dolegliwości nie żali się zupełnie. Wywiady w szczegółach, odnoszących się do rodziny, ujemne.

Wynik badania. Wzrost średni, budowa ciała i odżywienie dobre. Skóra i błony śluzowe prawidłowo zabarwione. Na skórze dość liczne otarcia, pokryte przyschniętym naskórkiem. Mięśnie, jak na człowieka pracującego fizycznie, miernie tylko rozwinięte. O przeroście mięśni nie może być zupełnie mowy. Palce II, III i IV u ręki prawej zniekształcone skutkiem złamania członków. Czucie skórne i mięśniowe prawidłowe. Pnie nerwów niebolesne. Wyraz twarzy w spokoju zupełnie prawidłowy. Każda wszakże podnieta ruchowa sprowadza skurcz mięśni twarzy. Szczególną pobudliwością odznaczają się mięśnie, zwierające szczęki. Chory nie może skutkiem tego otwierać dowolnie ust przy mówieniu i przyjmowaniu pokarmów i przedstawia wprost obraz szczękościsku. Wszystkie mięśnie okazują, nawet w spokoju, znaczne napięcie. Jakikolwiek ruch sprowadza dalsze tężenie. Przy biernem zginaniu głowy, lub przy przeginaniu kręgosłupa powstaje nader wybitne stężenie karku, zupełnie takie samo, jakie okazują chorzy na zapalenie opon. Wrażliwość mięśni jest tak znaczna, że wystarcza lekkie dotknięcie igłą, aby wywołać silny skurcz nie tylko w okolicy dotknięcia, ale także w dalszych obszarach, utrzymujący się $^1/_4$—$^1/_2$ minuty. W czasie trwania skurczu zauważać można krótkie drganie całych pęczków mięśniowych. — Kurczom tonicznym towarzyszą kurcze kloniczne. Po uderzeniu dowolnego mięśnia młotkiem opukowym powstaje w miejscu uderzenia wał, który się utrzymuje co najmniej kilkanaście sekund. Tak w samym wale, jak i w jego sąsiedztwie, odbywają się drgania włókienkowe. Nie zawsze, ale często, — zdaje się zależnie od siły, może i od miejsca uderzenia — dostrzedz można posuwanie się takiego wału ruchem robakowym wzdłuż przebiegu włókien mięsnych w jedną i drugą stronę. Wszystkie te objawy występują bardzo wyraźnie zwłaszcza na mięśniach piersi i kończyn górnych, na mięśniach prostych brzucha i na czworogłowych mięśniach ud.

Ruchy czynne są w wysokim stopniu utrudnione, w najwyższym wtedy, gdy chory wykonywać je ma na rozkaz. I tak nie może wyprostowanych palców zginać, zgiętych wyprostować natychmiast, zginać i wyprostowywać nóg w kolanach, poruszać dowolnie stopą itd. Chodzenie o własnych siłach jest wprost niemożliwe. Podtrzymywany pod pachy, posuwa się chory z trudem naprzód, trzymając nogi zupełnie sztywnie. Dopiero po pewnym czasie może je nieco zginać w kolanach; czyni to wszakże z obawą, tembardziej, że zwłaszcza przy kilku pierwszych zgięciach występuje nader silne drżenie kończyn.

Odruchy ścięgniste wszędzie bardzo żywe. Po uderzeniu młotkiem w ścięgno mięśnia czworogłowego uda powstaje skurcz nie tylko tego mięśnia, ale także i innych mięśni uda. To samo dzieje się przy badaniu odruchu na ścięgnie Achillesa za pomocą młotka, lub przy silnem zginaniu stopy w celu wywołania objawu stopowego.

Przy badaniu odczynu mięśni prądem stałym znaleziono K S Z =, lub niewiele > od A S Z. Przy otwieraniu prądu nie występuje skurcz ani przy anodzie, ani przy katodzie. Rytmicznego falowania mięśni, spostrzeganego niekiedy u myotoników podczas stałego przepływania prądu galwanicznego o nieco silniejszem natężeniu, w naszym przypadku nie można było zauważyć. Wrażliwość mięśni na działanie prądu przerywanego wzmożona. Już przy nieznacznem stosunkowo wysunięciu cewki wywołać można skurcze, utrzymujące się jeszcze dość długą chwilę po zaprzestaniu drażnienia.

Zaburzenia nerwowe okazywały, zwłaszcza w pierwszych tygodniach pobytu chorego w szpitalu, pewne wahania, zależne od stanu powietrza, a poza tem także i od pory dnia. W dnie chłodne i dżdżyste były ruchy w wyższym stopniu utrudnione, aniżeli w dnie ciepłe i pogodne, w godzinach rannych więcej, aniżeli wśród dnia. Na szczegóły te sam chory zwracał uwagę, jak nie mniej i na to, że w miarę, im bardziej zmuszał się do chodzenia, tem rychlej poprawiał się stan jego. I poprawa postępowała względnie bardzo szybko. Już z końcem sierpnia nie można było dostrzedz kurczowego napinania się mięśni twarzy, szczękościsk, tak wyraźny z początkiem pobytu chorego w szpitalu, ustąpił zupełnie. W kończynach górnych powróciła swoboda ruchów. Przy chodzeniu zaznaczała się jeszcze wprawdzie przy kilku pierwszych krokach pewna sztywność, ale w tak małym stopniu, że nie krępowała chorego prawie zupełnie. Jedynie tylko w mięśniach piersiowych i brzusznych utrzymywał się

stan myotoniczny. Widać to bardzo dobrze na fotografii [1]), zdjętej 2. września w dniu wypuszczenia chorego z oddziału.

2. Sačir B. 27-letni robotnik z Sarajewa, przyjęty na oddział 10. kwietnia 1915. Wywiady rodzinne bez znaczenia. O sobie podaje chory, że ważniejszych chorób nie przechodził. Zupełnie stanowczo utrzymuje, że nie doznawał dawniej nigdy żadnych przypadków ze strony narządu nerwowego. Od wybuchu wojny przez osiem miesięcy pełnił służbę z tytułu świadczeń wojennych jako woźnica przy taborach wojskowych, przebył wiele trudów i niedostatków, wielokrotnie przeziąbł i przemokł. W związku z tem miewał dotkliwe bole mięśniowe. Obecna choroba rozpoczęła się prawie zupełnie nagle przed 10 dniami. Pierwszym jej objawem była trudność otwierania ócz i podwójne widzenie, powracające okresowo, oraz niemożność otwierania ust, tak uporczywa, że chory nie mógł wcale spożywać stałych pokarmów i odżywiał się tylko płynami. Po paru dniach przyłączyło się do tego uczucie napinania i ściskania w klatce piersiowej, ból mięśni piersiowych i duszność. Uczucie napięcia rozszerzyło się wkrótce na całe ciało i wreszcie doszło do tego, że chory nie mógł się prawie zupełnie poruszać. Jeśli z całym wysiłkiem woli zdobył się na jakikolwiek ruch, wtedy wystepowało natychmiast stężenie i drganie mięśni. Zjawiało się ono nawet po kichnięciu lub przy energicznem ucieraniu nosa. Niekorzystny wpływ na cały stan wywierać miało wilgotne i chłodne powietrze oraz wszelkie wysiłki ruchowe. Powietrze ciepłe i zupełny spoczynek działały rzekomo łagodząco.



Ryc. I.



Ryc. II.

Wynik badania. Wzrost średni, budowa ciała i odżywienie dobre. Skóra nieco blada. Na lewym barku blizna po oparzeniu. W okolicy prawego kolana gojące się powierzchowne owrzodzenia. Poza znaczną wrażliwością skóry wobec bodźców mechanicznych, termicznych i elektrycznych, czucie zupełnie prawidłowe. Mięśnie miernie rozwinięte, tkliwe, a nawet wprost bolesne przy ucisku, okazują nawet w zupełnym spokoju znaczny stopień napięcia. Każdy ruch wywołuje natychmiast długotrwały skurcz toniczny, któremu towarzyszą skurcze kloniczne. Skutkiem nieprawidłowego odczynu mięśni twarzy zmienia się przy próbie mówienia lub jedzenia doraźnie jej wyraz: Brwi unoszą się ku górze, na czole powstają liczne zmarszczki, szpara powiekowa zwęża się tak bardzo, że przez wązką szczelinę dojrzeć można zaledwo wązki rąbek rogówki, fałdy nosowopoliczkowe uwydatniają się nader silnie, usta i szczęki zaciskają się kurczowo. Po nastaniu poprawy nadmieniał chory, że doznawał w takich chwilach równocześnie uczucia skołkowacenia języka, a przy połykaniu uczucia ściskania w gardle. Zupełnie podobnie zachowują się mięśnie całego ciała. Na pełną uwagę zasługuje przytem ten szczegół, że skurcz, powstający w mięśniu lub w grupie mięśni pobudzonych do ruchu, przenosi się coraz dalej i obejmuje wreszcie całe ciało. Zaznacza się tu bardzo wyraźnie równoczesna »innerwacya«, a wraz z nią i skurcz mięśni przeciwniczych (antagonistów). Ażeby powstać z siedzenia, potrzebuje chory niezbędnie obcej pomocy. Wszystkie mięśnie napinają się przytem tak bardzo, że całe ciało wprost sztywnieje. Ten powszechny kurcz, od którego nie są wyłączone także mięśnie twarzy, widać dobrze na załączonej rycinie.

O nadmiernej pobudliwości mięśni świadczą wyniki badania ich wrażliwości na działanie podniet mechanicznych i elektrycznych. Po uderzeniu młotkiem opukowym np. mięśni szyi powstaje silny odruch z odpowiedniem przechyleniem głowy, utrzymującem się conajmniej przez kilkanaście sekund. Skurcz tychże mięśni i zmianę położenia głowy wywołać można, jako następstwo dalszego przenoszenia się podniety, także przez opukiwanie mięśni twarzy. Na każdym uderzonym mięśniu dostrzedz można po uderzeniu bardzo powolne rozkurczanie się. Wszędzie, najwyraźniej na piersiach, na kończynach górnych i dolnych, tworzy się w miejscu uderzenia gruby wał, od którego w obu kierunkach dążą faliste skurcze całych pęczków.

Przy bezpośredniem drażnieniu mięśni prądem stałym powstają K S Z i A S Z prawie przy tej samej sile prądu, mierzonej w miliamperach. Skurcz nie ogranicza się na sam tylko drażniony mięsień, ale obejmuje także mięśnie sąsiednie. Nieco silniejsze prądy sprawiają, że skurcz utrzymuje się jeszcze dłuższą chwilę po otwarciu koła. To samo zjawisko powstaje jeszcze wyraźniej po nieco dłuższem drażnieniu zapomocą prądu przerywanego.

W przeciwieństwie do wzmożonej i chorobliwie zmienionej pobudliwości mięśni zachowują się odruchy ścięgniste zupełnie prawidłowo. Podobnie ma się rzecz z odruchami skórnymi.

W narządach wewnętrznych zmian niema.

Liczba tętna w spokoju 64—68, podnosi się znacznie przy usiłowanych ruchach i dochodzi do 94. Parcie krwi, mierzone przyrządem Recklinghausena, max 118, min 66 m/m Hg.

Ciepłota ciała podnosiła się podczas pierwszych dwóch dni w godzinach popołudniowych do wysokości stanu podgorączkowego, później była zupełnie prawidłowa.

Skład krwi: c. czerw. 4.600,000; c. b. 4600, hglb. 75%, (Königsberg, Autenrieth.) Stosunek odsetkowy ciałek białych: c. neutrochłonnych 60·8%, limfocytów 28·4%, splenocytów 7·2%, eozynochłonnych 3·6%.

Po wstrzyknięciu 0·001 adrenaliny nie można w moczu wykryć żadnych śladów cukru. Po 100 gm. galaktozy ten sam wynik. Po 200 gm. galaktozy pojawił się cukier w małej ilości po upływie godziny; wydzielanie ustało między 3. a 4. godziną.

Po wstrzyknięciu 0,01 chlorku pilokarpiny słaby odczyn, z miernym ślinotokiem, trwającym przez niespełna godzinę.

Przebieg choroby da się skreślić w krótkich słowach. Podczas pierwszych dni pobytu chorego w szpitalu utrzymywał się stan jego bez ważniejszej zmiany. Wszelkie próby, aby siłą woli przezwyciężyć niesprawność mięśni, nie odnosiły skutku. Na podstawie bezpośredniego spostrzegania można było potwierdzić szczegóły, podane w wywiadach o niekorzystnym wpływie usiłowanych ruchów na stan mięśni. Nie wpływały one bynajmniej korzystnie, a raczej wywoływały skutek wręcz przeciwny, sprowadzając tem większe wyczerpywanie się i malenie siły mięśni. Dopiero w drugiej połowie kwietnia zaczął się stan chorego widocznie poprawiać. Najwcześniej ustąpiły kurcze w mięśniach twarzy. 25/4 zapisano: Chory może od kilku dni jeść i mówić zupełnie swobodnie. Sprawność ruchów rąk dobra. Siła ręki prawej 28, lewej 30, oburęcznie 50 klgm. Chód nieco sztywny. Z początkiem maja ustąpiły zmiany także i w kończynach dolnych. Przy wypuszczeniu chorego z oddziału 5. V. można go było uważać za zupełnie wyleczonego. Odczyn myotoniczny w mięśniach ustąpił zupełnie.

W obrazie choroby obydwóch opisanych przypadków, jakkolwiek nie są one wcale identyczne, dopatrzeć jednak można kilku wspólnych rysów. Należą do nich ostry początek choroby i nagłe wystąpienie zboczeń ruchowych, powszechność tych zboczeń i wielkie ich nasilenie, pojawienie się kurczów mięśniowych najwcześniej w obrębie twarzy, obecność, przynajmniej w początkach choroby, bolów mięśniowych, wreszcie nader pomyślny przebieg całej sprawy, kończący się u jednego chorego powrotem stanu zupełnie prawidłowego, u drugiego niemal zupełnem ustąpieniem zboczeń czynnościowych.

[1]) Choremu polecono zgiąć się i wyprostować. W chwili, kiedy stanął prosto, dokonano zdjęcia.

W pierwszym przypadku wprowadzićby należało zjawienie się stanu myotonicznego w związek z urazem, który stał się powodem zranienia części miękkich i złamań kości palców ręki prawej. Samego urazu nie sposób jednak uważać za istotną przyczynę dysfunkcyi mięśni. Przyjąćby tylko można, że dał on pohop do ujawnienia się stanu chorobowego, zapewne przy współdziałaniu czynnika psychicznego. Jest w każdym razie rzeczą znaną, że tego rodzaju wpływy działają niekorzystnie na myotoników i potęgują zaburzenia ruchów. I niewątpliwie przyjąć można, że przy istniejącem usposobieniu za ich wpływem ujawniać się może stan myotoniczny. Przykładem mogą tu być zresztą spostrzeżenia Petersa i Schönfelda. W pierwszem z nich rozwinęła się myotonia po przestrachu, w drugiem po ukąszeniu przez psa.

Co do swojej istoty, posiadały zboczenia w czynności mięśni znamiona, właściwe myotonii wrodzonej: Niesprawność i stężenie mieśni występowały nader wyraźnie po dłuższym spoczynku i przy pierwszych ruchach, malały, wreszcie ustępowały zupełnie przy powtarzaniu tych samych ruchów. W małym stopniu można je było stwierdzić nawet i wtedy, gdy choroba w ostrej postaci ustąpiła zupełnie i chory prawie zupełnie nie był krępowany w swych ruchach. Za ważny poczytywać trzeba i ten jeszcze szczegół, że odczyn myotoniczny w mięśniach nie znikuął zupełnie, lecz utrzymywał się dalej, jakkolwiek w mniejszym stopniu. Uwzględniwszy to wszystko, należałoby wyrazić przypuszczenie, że mieliśmy przed sobą chorego, u którego choroba Thomsena istniała już dawniej w zarodku, w postaci zupełnie utajonej. Dla czego ujawniła się aż tak poźno, w 20. roku życia, jakkolwiek na urazach psychicznych i fizycznych nie zbywało zapewne i we wcześniejszych latach życia, wytłomaczyć nie możemy.

O wiele jaśniej przedstawia się pod względem etyologii drugi przypadek. Tu na podstawie opowiadania chorego przyjąć trzeba, że w powstaniu niesprawności mięśni niewątpliwą rolę odgrywały niekorzystne wpływy atmosferyczne w połączeniu ze znacznymi wysiłkami fizycznymi. Że stopień jednych i drugich był prawdopodobnie bardzo znaczny, wynika wprost z istoty zajęcia chorego i z istoty warunków, w jakich wypadło mu pełnić służbę. Na tle tych szkodliwych wpływów rozwinął się gościec mięśniowy, albo, innemi słowy, przewlekły stan zapalny w mięśniach. Wyrazem tego stanu były bole, oraz osłabienia i niewytrzymałość mięśni. Równocześnie nastać musiało także obniżenie sprawności biologicznej i niemożność należytego spełnienia tych zadań komórkowych, które stanowią o prawidłowej pracy włókien mięsnych. Ze zmianami temi musiał chory dalej pracować, podlegając bez przerwy złym wpływom atmosferycznym, a niewątpliwie także działaniu urazów psychicznych. Mięśnie popadły wtedy w stan chorobliwej drażliwości i na podniety odpowiadać zaczęły nieprawidłowym odczynem, właściwym myotonii.[1])

Za związkiem przyczynowym między sprawą zapalną w mięśniach, a stanem myotonicznym, przemawia także cały przebieg choroby w tym przypadku. Przedewszystkiem zwraca uwagę zachowanie się mięśni pod względem ruchów. U chorych na myotonię wrodzoną są ruchy najbardziej utrudnione zwłaszcza wtedy, gdy mięśnie przez dłuższy czas spoczywały; ruchy powtarzane wpływają stanowczo korzystnie. U naszego chorego działo się wprost przeciwnie. Tu raczej spokój działał dodatnio. Wysiłki, zmierzające do wykonania jakiejkolwiek czynności, nie tylko nie zmniejszały przy powtarzaniu ruchów tonicznego napięcia mięśni, ale raczej powodowały wyczerpanie mięśni, a wraz z tem stan, podobny do osłabienia, cechującego ciężką myastenię. Dopiero w miarę, jak ustępowały bole mięśniowe, albo, powiedzmy lepiej, przyczyna bolów, zmiany zapalne w mięśniach, powracać zaczęła sprawność ruchów. Wraz z tem znikał także odczyn myotoniczny Erba. Niespełna w dwa tygodnie po przyjęciu do szpitala mógł chory zupełnie swobodnie używać mięśni całej górnej połowy ciała. Wkrótce potem odzyskały całkowitą sprawność także mięśnie kończyn dolnych.

Stwierdzając łączność między sprawą zapalną w mięśniach i dysfunkcyą mięśni, nie ulegającą, jak się zdaje, żadnej wątpliwości, nie możemy jednak dać odpowiedzi na pytanie, dlaczego zaburzenia czynnościowe wyrodziły się w tym przypadku w stan myotoniczny. Gościec mięśni spotyka się względnie bardzo często, a jednak mięśnie, dotknięte nim, kurczą się i rozkurczają prawidłowo i nie okazują wobec podniet mechanicznych i elektrycznych na wskróś zmienionego odczynu. Z drugiej znów strony wiemy, że u myotoników nie należą bole mięśniowe do obrazu choroby. Toteż niemal koniecznie przyjąć trzeba, że w opisanym przypadku działały jeszcze jakieś inne czynniki oprócz zapalenia — może czynniki wrodzone — które przedtem były za słabe, aby wywierać widoczny wpływ na czynność mięśni, a nabrały znaczenia dopiero wtedy, gdy mięśnie popadły w stan zapalny. Przyjmując, względnie przypuszczając istnienie tego rodzaju czynników, nie zyskujemy co prawda żadnych rzeczowych szczegółów, ale w ten sposób tworzymy przynajmniej pomost między patogenezą myotonii wrodzonej i tej jej postaci, którą mieliśmy sposobność spostrzegać u naszego chorego.

[1]) Pojmując w powyższy sposób patogenezę dysfunkcyi mięśni w naszem spostrzeżeniu, zbliżamy się do zapatrywań Jensena o powstawaniu myotonii wrodzonej, który przyczynę tej choroby w ostatniej instancyi upatruje w nieprawidłowej asymilacyi materyałów odżywczych i w nazbyt wolnem spalaniu, względnie wydalaniu zużytych wytworów przemiany pierwiastków.

Z c. i k. pracowni Wassermannowskiej w Krakowie.

Odczyn Wassermanna, wykonany z surowicą krwi, płynem z jamy brzusznej i z moczem tegosamego chorego.

Podał

Dr Józef Kostrzewski.

Wiadomo, że wynik dodatni odczynu Wassermanna w surowicy krwi świadczy o przebytem zakażeniu kiłowem, ale zmian chorobowych swoistych nie umiejscawia w tym lub innym narządzie. Inne znaczenie ma odczyn Wassermanna dodatni w płynie mózgowordzeniowym, w którym występować może niezależnie od własności surowicy krwi; wskazuje wtedy na układ nerwowy ośrodkowy; ale jak należy oceniać i rozumieć wynik dodatni odczynu Wassermanna w wysiękach, przesiękach i w moczu, — tego nie wiemy. Zachodzi pytanie, czy w cieczach tych, podobnie jak w płynie mózgowordzeniowym, występować może dodatni odczyn Wassermanna, niezależnie od własności surowicy krwi, — czy też dodatni odczyn Wassermanna w tych cieczach jest tylko wyrazem własności surowicy krwi?

Z tego założenia wychodząc, opisujemy następujący przypadek; dotyczący 34-letniego mężczyzny, który zmarł dn. 8. I 1917 po $1^1/_2$-miesięcznym pobycie w szpitalu (oddział I szpitala załogi 1.) Rozpoznanie anatomiczne opiewa (Prof. Dr K. Gliński): Tuberculosis fibrosa cum cavernis obsoletis apicis pulmonis utriusque; tuberculosis miliaris dispersa pulmonum (valde pauca tubercula); cicatrices lobi inferioris pulmonis sinistri cum bronchiectasibus; amyloidosis renum, lienis (diffusa); hydrops universalis; laparotomia facta; abscessus incapsulatus in cicatrice post laparotomiam; peritonitis purulenta. Z protokołu sekcyi przytaczamy opisy następujących narządów:

Wątroba: gołem okiem: prawidłowa, pod drobnowidem: ściany nielicznych tętniczek skrobiowato zmienione.

Śledziona; gołem okiem: znacznie powiększona, ($13·5 \times 9 \times 4·5$ cm) twarda, miąższ ciemno-wiśniowy, plastyczny, jodem się barwi prawie jednostajnie ciemno-brunatno; pod drobnowidem: rozlane zmiany skrobiowate, tylko tu i ówdzie spotkać można niezmienione grudki limfatyczne (ciałka Malpighiego).

Nerki: gołem okiem: silnie powiększone (lewa $13 \times 7 \times 5·5$, prawa $12·5 \times 7 \times 4·5$ cm), torebka schodzi łatwo, powierzchnia nerki gładka, gdzieniegdzie tylko widać małe czerwonawe wciągnięcia; miąższ miernie ukrwiony, substancya rdzeniowa czerwona, kora bardzo szeroka, żółtawo biała, rysunek zupełnie zatarty; pod drobnowidem: silna skrobiawica kłębuszków, naczyń doprowadzających i tętnic międzyzrazikowych; tu i ówdzie skrobiawica błonek podstawnych kanalików prostych; nabłonek, zwłaszcza kanalików krętych, silnie wakuolizowany, zawiera liczne kuliste twory o szklistem wejrzeniu, a obok tego nieliczne kulki tłuszczu; jądra przeważnie niedostrzegalne, pozostałe nabłonki zmienione tłuszczowo w wysokim stopniu (tłuszcz i igiełki lipoidów w skrawkach zamrażanych i barwionych czerwienią szkarłatną); liczne komórki nabłonkowe, zawierające kulki tłuszczu i lipoidy, leżą wolno w świetle kanalików; i w tkance śródmiąższowej widać śród- i poza-komórkowo ułożone złogi lipoi-

dów; w świetle kanalików liczne szkliste wałeczki, złuszczone, obumarłe i stłuszczone komórki nabłonkowe, skrzepłe białko, miejscami dość liczne krwinki białe wielojądrzaste; tkanka śródmiąższowa części korowej miejscami silnie obrzękła, drobnokomórkowo naciekła (z silną domieszką wielojądrzastych leukocytów).

Szczegółowego opisu innych narządów podawać nie potrzeba, bo albo dostatecznie je opisano w rozpoznaniu anatomopatologicznem, albo nie przedstawiają szczególniejszych zmian.

Chory od czasu przyjęcia, przez cały czas pobytu w szpitalu, miał silną puchlinę ogólną, jamy brzusznej i białkomocz bardzo wysokiego stopnia. Ropne zapalenie otrzewnej powstało następowo po otwarciu jamy brzusznej; zabieg ten wykonano z tego powodu, ponieważ się spodziewano guza w okolicy trzustki; jednakże nie stwierdziła go ani operacya, ani nekroskopia. Po przytoczeniu szczegółowem zmian anatomicznych, podawanie przebiegu choroby w danym przypadku jest zbyteczne. Skoro się okazało, że surowica krwi daje odczyn Wassermanna dodatni, badano w tymsamym kierunku płyn z jamy brzusznej i mocz tego chorego. Myślą przewodnią przy tem było założenie, że kiłowy »dwuchwytnik« jest związany z obecnością globulin. To zapatrywanie na przyrodę kiłowego »dwuchwytnika« jest co prawda nie jedyne (ciałem podstawowem kiłowego »dwuchwytnika« mają być nukleoproteidy, względnie połączenia lipoidów z ciałami białkowemi), ale jest ono z pośród wszystkich najlepiej poparte doświadczeniami. Zanim więc przystąpiliśmy do wykonania odczynu Wassermanna z płynem z jamy brzusznej względnie z moczem, przekonaliśmy się uprzednio, że ciecze te zawierają globuliny. Używanie wysięku do próby Wassermanna nie wymaga żadnego osobliwego postępowania z tym wysiękiem, z wyjątkiem tego, że stosownie do mniejszej zawartości białka w danym płynie wskazane jest używanie go przy wykonywaniu odczynu Wassermanna w większej ilości, niż się używa surowicy krwi.

Inaczej z moczem. R. Bauer dowiódł w swych doświadczeniach, że mocz przedstawia odpowiedni przedmiot badania do próby Wassermanna tylko wtedy (prócz tego, że zawiera dostateczną ilość globulin), jeżeli się go uprzednio odpowiednio zobojętni za pomocą $^1/_{10}$ n. Na OH, bo inaczej sam przez się wywołuje wstrzymanie hemolizy.

Doświadczenia nasze tak się przedstawiają: Odczyn Wassermanna z płynem z jamy brzusznej, względnie z moczem nastawiano zawsze w dwu szeregach; w pierwszym używano (na wzór badania surowicy) 0·2 cm³ jednej z wymienionych cieczy, a wywoływacza w dawkach: 0·3, 0·2, 0·1 cm³; w drugim szeregu (na wzór badania płynu mózgowordzeniowego) brano moczu względnie płynu z jamy brzusznej w dawkach 1·0, 0·8, 0·6, 0·4 i 0·2 cm³, a wywoływacza zawsze w ilości 0·3 cm³. Jako wywoływacza używano wyskokowych wyciągów z wątroby kiłowej. Każdym razem odczyn Wassermanna nastawiano w dwu równoległych rzędach, każdy z innym wywoływaczem, ale we wszystkich doświadczeniach użyto jednych i tychsamych wywoływaczy. Odczyn nastawiono przy 3 cm³ ogólnej ilości cieczy. Przed użyciem do próby Wassermanna płyn z jamy brzusznej unieczynniono, natomiast mocz musiano wpierw zobojętnić; zobojętniano jednak mocz nie za pomocą $^1/_{10}$ n. Na OH, lecz 10% rozczynem Na_2CO_3, a jako wskaźnika używano papierka lakmusowego; do moczu dawano tyle kropel 10% Na_2CO_3, ile było potrzeba, aby papierek lakmusowy czerwony przybrał barwę wyraźnie niebieską. Tak zobojętniony mocz, nim go użyto do odczynu Wassermanna, »unieczynniano« przez $^1/_2$ godziny przy 56° C; »unieczynniano« go zaś w tym celu, aby globuliny same przez się nie wstrzymywały hemolizy. W ciągu doświadczeń przekonano się jednak, że mocz mimo, iż oddziaływa zasadowo, sam przez się wstrzymuje hemolizę. W przypuszczeniu, czy może w ten sposób zobojętniony mocz nie działa szkodliwie na układ hemolityczny skutkiem zbyt wysokiego ciśnienia osmotycznego, rozcieńczaliśmy mocz już zobojętniony, wodą przekroploną w stosunku 1:2 i 1:4, a odczyn Wassermanna nastawialiśmy z moczem nierozcieńczonym samohamującym i z rozcieńczeniami jego nie uszkadzającemi układu hemolitycznego; rozcieńczenia moczu jednak, ponieważ zawierały mniej białka, a temsamem globulin zasadniczego jądra »dwuchwytnika« kiłowego, stanowiły w porównaniu z moczem nierozcieńczonym pod tym względem mniej wartościowy przedmiot badania.

Z moczem nierozcieńczonym i rozcieńczeniami jego wykonano odczyn Wassermanna w odstępach kilkodniowych siedem razy. Sześć razy okazywał mocz następujące własności: Ciężar właściwy wahał się między 1025 a 1030; ilość białka wynosiła 1·65% do 2·97% (Stolnikow), a kwaśność 6—8 kropel 10% rozczynu Na_2CO_3 na 10 cm³ moczu. Ilość globulin oznaczano mianem najsilniejszego rozcieńczenia moczu, które po dodaniu równej ilości nasyconego w ciepłocie pokojowej $(NH_4)_2SO_4$, okazywało w ciągu 10 minut wyraźne opalizujące zmętnienie; w ten sposób oznaczane wynosiło miano globulin $^1/_{80}$ — $^1/_{150}$ rozcieńczenia moczu za pomocą rozczynu fizyologicznego Na Cl. Stopień rozcieńczenia moczu rozumie się przed dodaniem doń równej ilości rozczynu $(NH_4)_2SO_4$. Raz jeden, a mianowicie mocz, który chory oddał kilka godzin przed śmiercią, okazywał ciężar właściwy 1055, zawierał białka 6·6% (Stolnikow), globulin miano wynosiło $^1/_{1000}$, a na 10 cm³ moczu, aby je zobojętnić na lakmus, musiano dodać 12 kropli 10% Na_2CO_3. Dodatni wynik odczynu Wassermanna w szeregu, odpowiadającym badaniom surowicy krwi, otrzymano tylko raz jeden, a mianowicie z moczem (nierozcieńczonym), którego własności właśnie podano (kontrola t. zn. 0·4 cm³ moczu bez antygenu całkowita hemoliza, we wszystkich innych zaś trzech rurkach ani śladu hemolizy); inne sześć razy odczyn wypadł ujemnie. W szeregu drugim, na wzór badania płynu mózgowordzeniowego, odczyn Wassermanna wypadł dodatnio dwa razy.

2. I 1917 mocz ma następujące własności: c. wł. 1030, białko 2·97% (Stolnikow), miano globulin $^1/_{150}$ rozcieńczenia moczu. Tenże mocz w odczynie Wassermanna zachowuje się w następujący sposób: 1 cm³ moczu nierozcieńczonego sprawia sam przez się (bez współdziałania wywoływacza) zupełne wstrzymanie hemolizy; 1 cm³ moczu rozcieńczonego równą ilością wody przekroplonej, nie uszkadza wcale układu hemolitycznego. Dla odczytania wyniku odczynu zużytkowano jednak dopiero rozcieńczenie moczu 1:4, a to dlatego, ponieważ kontrola (podwójna dawka moczu bez wywoływacza, największej badanej) jest 1 cm³ moczu rozcieńczonego 1:2. Dodatni wynik odczynu Wassermanna w rozcieńczeniu moczu $^1/_4$ tak się przedstawia: Dawki 1·0 i 0·8 cm³ nie okazują ani śladu hemolizy, w dawce 0·6 cm³ jest silna, ale nie całkowita, w mniejszych całkowita hemoliza; drugi raz otrzymano dodatni wynik z moczem, który już w pierwszym szeregu, na wzór badania surowicy krwi, oddziaływał dodatnio; i w tym moczu dodatni wynik odczytano w rozcieńczeniu 1:4, ze względu na kontrolę, którą był 1 cm³ moczu rozcieńczonego 1:2. Dodatni wynik odczynu Wassermanna z rozcieńczeniem moczu 1:4 tak się przedstawia: dawki: 1·0, 0·8 i 0·6 cm³ moczu sprawiają całkowite zahamowanie hemolizy, w dawce 0·4 jest silna, a w dawce 0·2 cm³ moczu całkowita hemoliza.

Dlaczego dodatni wynik odczynu Wassermanna otrzymano w szeregu na wzór badania płynu mózgowordzeniowego tylko dwa razy, a w szeregu odpowiadającym badaniu surowicy krwi tylko jeden raz, — łatwo zrozumieć, skoro się uwzględni, że odczyn Wassermanna wypadł dodatnio w tych moczach z pośród badanych, które zawierały największe ilości globulin. W moczach, dających odczyn Wassermana ujemny, była widocznie ilość globulin, ciał podstawowych dla »dwuchwytnika« kiłowego, za mała, by wywołać dodatni wynik próby.

Z płynem z jamy brzusznej wykonano odczyn Wassermanna dwa razy w odstępie kilkodniowym. Płyn ten miał oba razy następujące własności: Prawie bezbarwny, bardzo silnie opalizujący, tak że wskutek tego omal nieprzeźroczysty; na powierzchni płynu, zostawionego w spokoju w lodowni przez całą noc, nie zbiera się kożuszek tłuszczu; tłuszczu nie da się wyciągnąć z płynu za pomocą eteru, a płyn wstrząsany dłuższy czas z eterem nie traci swych własności opalizujących, które przeto nie są spowodowane kulkami tłuszczu, ale nukleoproteidami; c. wł. płynu wynosił: 1008, białka zawierał 0·3% (Stolnikow); globulin miano wynosiło $^1/_{16}$ rozcieńczenia płynu; płyn zawierał bardzo wiotkie i nieliczne skrzepy. Skoro odczyn Wassermanna z płynem z jamy brzusznej wypadł dwukrotnie ujemnie, nasunęło się pytanie — dlaczego? Czy dlatego, że globuliny w płynie z jamy brzusznej mają inne własności, niż globuliny krwi tegosamego chorego? Czy też może przyczyną ujemnego wyniku odczynu Wassermanna w płynie z jamy brzusznej nie jest jakość własności globulin, lecz niedostateczna ich ilość? Aby sprawę tę rozstrzygnąć, sporządzono rozcieńczenia surowicy krwi tegosamego chorego w rozczynie fizyologicznym Na Cl, jedno o mianie globulin $^1/_{20}$, drugie o mianie $^1/_{10}$; z jednem i drugiem rozcieńczeniem nastawiony odczyn Wassermanna na wzór płynu mózgowordzeniowego wypadł dodatnio. Mianowicie rozcieńczenie o mianie globulin $^1/_{10}$, wywołuje w dawkach 0·8 i 1·0 cm³, a rozcieńczenie o mianie $^1/_{20}$ w dawkach 0·6, 0·8 i 1·0 cm³ całkowite zahamowanie hemolizy. Doświadczenia te wykazują, że równe sobie stężenia globulin w płynie z jamy brzusznej z jednej strony, a surowicy krwi tegosamego chorego z drugiej strony, zachowują się w odczy

nie Wassermanna niejednakowo; podobnie rzecz się ma z globulinami w moczu tegosamego chorego, które dodatni odczyn Wassermanna dają dopiero przy mianie $^1/_{37}$. — Tosamo widział Bauer w swoich badaniach moczu sposobem Wassermanna; przypisuje on to zachowanie się globulin wpływowi chemicznemu składników moczu. Wobec tego jednak, że w naszych doświadczeniach globuliny płynu z jamy brzusznej i moczu zachowują się jednakowo, przypuszczenie Bauera nie jest słuszne; przyczyny atoli różnego zachowania się, pod względem siły odchylania dopełniacza w odczynie Wassermanna, globulin w płynie z jamy brzusznej i moczu z jednej, — a globulin surowicy krwi tegosamego chorego z drugiej strony, na podstawie tego jednego przypadku nie rozumiemy. Aby módz wysnuć wnioski z różnicy siły odchylania dopełniacza, globulin w moczu względnie wysięku z jednej, a globulin surowicy krwi jednego i tegosamego chorego z drugiej strony, potrzebne są dalsze w tym kierunku badania i spostrzeżenia kazuistyczne.

Bauer opisał pięć przypadków dodatniego odczynu Wassermanna w moczu, wszystkie u chorych, których surowica krwi również dawała dodatni odczyn Wassermanna. Czy dodatni odczyn Wassermanna w moczu był następstwem swoistego schorzenia nerek, czy tylko następstwem przechodzenia globulin surowicy do moczu u chorych kiłowych z dodatnim odczynem Wassermanna w surowicy krwi, a schorzeniem nerek nieswoistem, tego Bauer rozstrzygnąć nie mógł. I nasze badania, aczkolwiek poparte przez badania histologiczne nerek Prof. Dr Glińskiego, pytania tego nie mogą rozstrzygnąć, chociaż ze względu na obfitość lipoidów w tkance nerkowej badania histologiczne zdają się przemawiać za swoistem schorzeniem nerek; i dopóki nie znajdzie się choć jeden przypadek kliniczny z dodatnim odczynem Wassermanna w wysięku względnie moczu, a ujemnym w surowicy krwi, dopóty sprawa miejscowego powstawania »dwuchwytnika« kiłowego w moczu względnie wysięku będzie nierozstrzygnięta, a skutkiem tego także dodatni odczyn Wassermanna w wysięku względnie moczu nie będzie rozstrzygać o przyrodzie schorzenia danego narządu.

Z samego początku podano, że mocz zobojętnialiśmy nie na wzór Bauera za pomocą $^1/_{10}$ n. NaOH, tylko za pomocą 10% Na_2CO_3, a jako wskaźnika używaliśmy nie fenolftaleiny, ale lakmusu; obszernie zaś opisano, że skoro mocz mimo zobojętnienia go, aczkolwiek w mniejszym stopniu, jednak dalej sam przez się wstrzymywał hemolizę, do doświadczeń używaliśmy moczu rozcieńczonego. Rozcieńczając mocz do doświadczeń, przypuszczaliśmy, że może zbyt wysokie ciśnienie osmotyczne zobojętnionego moczu przeszkadza rozpuszczaniu krwinek; nie wykluczonem jednak było, że 10% rozczynu Na_2CO_3 zachowuje się inaczej, niż $^1/_{10}$ n. NaOH wobec układu hemolitycznego i mocz, aczkolwiek zasadowy, właśnie dlatego sam przez się wstrzymuje hemolizę. Aby wyjaśnić to pytanie, przeprowadzono szereg doświadczeń następujących: Tensam mocz, silnie hamujący układ hemolityczny, zobojętniano w jednej części za pomocą $^1/_{10}$ n. NaOH, a w drugiej za pomocą $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3, używając jako wskaźnika lakmusu. Zachowanie jednej i drugiej części moczu wobec układu hemolitycznego było jednakowe, t. zn. rozpuszczanie krwinek odbywało się równie gładko w obecności części moczu zobojętnionej $^1/_{10}$ n. NaOH, jak i drugiej, zobojętnionej $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3. Tensam mocz zobojętniony na lakmus, ale przez $^1/n$ NaOH względnie $^1/n$ Na_2CO_3, tylko częściowo stracił własności uszkadzania układu hemolitycznego; widać to po tem, że tylko w obecności mniejszych dawek moczu krwinki ulegają rozpuszczeniu, dawki zaś 0·8 i 1·0 cm^3 nie pozwalają nawet na ślad hemolizy. Podobne wyniki otrzymuje się przy użyciu fenolftaleiny, jako wskaźnika do zobojętnienia moczu. Ale tutaj wypada podnieść, co następuje: Aby zobojętnić tensam mocz przy użyciu lakmusu jako wskaźnika, potrzeba równych ilości $^1/_{10}$ n. NaOH, jak i $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3, — natomiast przy fenolftaleinie jako wskaźniku wychodzi $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3 prawie trzy razy tyle, jak $^1/_{10}$ n. Na OH. Aby więc skutkiem dodania nierównych ilości zasad do moczu nie badać na hemolizę wpływu nierównych rozcieńczeń jego, dodawano do moczu tylko tyle cm^3 $^1/_{10}$ n. względnie $^1/n$. rozczynu Na_2CO_3, ile zużyto cm^3 $^1/_{10}$ n. względnie $^1/n$. rozczynu NaOH, miareczkując mocz przy fenolftaleinie; mocz więc po dodaniu powyższej ilości rozczynu Na_2CO_3 był jeszcze kwaśnym na fenolftaleinę, ale już dawno zasadowym na lakmus. Kilkakrotnie różne, w różnym stopniu silnie hamujące mocze, zobojętniano za pomocą rozczynów Na OH, jak i Na_2CO_3 przy użyciu jako wskaźnika zarówno lakmusu, jak i fenolftaleiny (przy użyciu fenolftaleiny postępowano według powyższego sposobu). Mocze, zobojętniane czy na lakmus, czy na fenolftaleinę, za pomocą $^1/_{10}$ n. rozczynów, nie uszkadzały wcale układu hemolitycznego, — zobojętniane za pomocą $^1/n$ rozczynów, tylko w mniejszych dawkach pozwalały na rozpuszczenie krwinek.

Z doświadczeń tych wynika, że chcąc mocz pozbawić własności hamujących układ hemolityczny, nie wystarcza go tylko zobojętnić, ale należy go także odpowiednio rozcieńczyć. — Wobec tego zdanie Bauera: ».... te hamujące własności moczu zależą tylko od kwaśności moczu« jest niesłuszne, a to dlatego, że nie jest równoznacznem, czy zobojętniamy mocz $^1/_{10}$ n. czy $^1/n_1$ rozczynem; obojętną jest natomiast rzeczą, czy zobojętniamy mocz przez Na OH, czy przez Na_2CO_3. — Te doświadczenia tłumaczą też w zupełności, dlaczego mocz, użyty do odczynu Wassermanna, choć zobojętniony przez 10% rozczyn Na_2CO_3, mimo to uszkadzał układ hemolityczny.

Streszczenie.

Opisano w niniejszej pracy przypadek dodatniego odczynu Wassermanna w moczu chorego, którego surowica krwi, kilkakrotnie badana, okazuje ten odczyn wybitnie dodatni. Wynik histologicznego badania nerek, jeśli uwzględnić nowsze w tym kierunku spostrzeżenia, zdaje się przemawiać za schorzeniem nerek na tle swoistem. Globuliny w moczu i w płynie z jamy brzusznej tego chorego okazują słabsze własności odchylania dopełniacza, niż globuliny surowicy jego. Niepożądane i szkodliwe hamujące działanie moczu przy użyciu tegoż do odczynu Wassermanna daje się tylko częściowo usunąć przez zobojętnienie moczu; aby je zupełnie wykluczyć, musi się mocz do pewnego stopnia rozcieńczyć. W jakim stopniu własności fizyczne, a w jakim własności chemiczne moczu są przyczyną hamujących własności moczu, tego bliżej nie badano.

Piśmiennictwo: 1) R. Bauer u. A. Hirsch: Wien. klin. W. 1910 Nr 1. — 2) R. Bauer: Wien. klin. W. 1911 Nr 42. — 3) R. Bauer u. A. Hirsch: Wien. klin. W. 1912. Nr 4. — 4) K. Lange: Die Wa. R. w Kolle-Wassermanna Handbuch der path. Mikroorganismen. 5) F.aMunk: Med. Klinik. 1916 Nr. 39, 40, 41.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 19 grudnia 1917

(w klinice chorób wewnętrznych.)

Przewodniczy kol. prezes Ciechanowski, obecnych: 42.

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia poświęcił prezes gorące wspomnienie zmarłemu członkowi zwyczajnemu Towarzystwa bł. p. Drowi Ludwikowi Lustgartenowi i dłuższem przemówieniem uczcił pamięć zmarłego w dniu 18. b. m. w Warszawie członka honorowego Towarzystwa, prof. Dra Józefa Brudzińskiego, b. rektora Uniwersytetu warszawskiego. Przemówienia przewodniczącego obecni wysłuchali stojąc. (Przemówienie wyszło drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

2. Odczytano list od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, który brzmiał: »Towarzystwo lekarzy gal. przesyła Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu serdeczne podziękowanie za życzenia w dniu 50. rocznicy założenia Towarzystwa. Równocześnie składa najszczersze podziękowanie za uczczenie w artykule wstępnym naszego jubileuszu, tak szanownej Redakcyi Przeglądu lekarskiego, jak i wielce zasłużonemu autorowi artykułu, Panu prof. Stanisławowi Ciechanowskiemu. Jubileusz Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przeminął niepostrzeżenie w tych wojennych czasach. Choć póżno, składamy teraz życzenia dalszego wzrostu i rozwoju dla Towarzystwa, do którego wszyscy starsi lekarze kiedyś należeli, co trwale zachowujemy w pamięci. Lwów 16/XII. 1917. Z Towarzystwa lek. gal.: Machek, prezes, Dr Juliusz Drak za sekretarza.«

3. Przewodniczący odczytał dwa pisma notaryusza Lipińskiego z Krakowa, dotyczące legatów ś. p. kol. Dra Skobla.

4. Kol. Borowiecki przedstawił chorego, l. 35, z ostrym zespołem porażeniowym w przebiegu leczenia szczepionkami Pasteurowskiemi przeciwko wściekliźnie. U chorego tego w 12 dni po rozpoczęciu leczenia, a w miesiąc po ukąszeniu przez psa wystąpiły bóle w nogach i kręgosłupie, niemożność chodz e

nia, podwójne widzenie. Badanie przedmiotowe wykazało upośledzenie odruchu źrenicznego na światło i akomodacyę, niemożność skierowywania gałek ocznych na zewnątrz i podwójne widzenie przy patrzeniu w prawo i w lewo o charakterze diplopia homonyma i obrazach równolegle do siebie ustawionych, niezamykanie oczu po stronach obydwu, zniesienie fałdów nosowowargowych, niemożność pokazywania zębów, częściowy odczyn zwyrodnienia w zakresie mięśni twarzy po stronach obydwu, utrudnienie gryzienia, bolesność na ucisk n. n. podoczodołowych i innych pni nerwowych, nierówność odruchów kolanowych, zniesienie odruchów ze ścięgna Achillesa, lekki niedowład i stępienie czucia, zaznaczone najwyraźniej na obwodowych częściach kończyn dolnych. Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało odczyn Nonne-Apelta dodatni i lekką pleocytozę (11 ciałek w mm ^{3}). Pomimo nieprzerywania leczenia przeciwko wściekliźnie stan poprawił się bardzo szybko; obecnie pozostało jako najcięższe i niemal jedyne zaburzenie porażenie obustronne nerwów twarzowych.

Przedstawiony wyżej obraz, który chcą niektórzy uważać za poronną postać porażną wodowstrętu, różni się od wodowstrętu krótszym okresem wylęgania, brakiem napadów skurczowych przełyku, gardła i mięśni oddechowych i stosunkowo dobrem rokowaniem (na 69 przypadków zebranych z literatury znalazł Sterling tylko 3 przypadki śmiertelne). Przypadki te przebiegają zupełnie niezależnie od szczepień Pasteurowskich, że zaś nie wiążą się z wścieklizną psa kąsającego, ale ze szczepieniem, świadczy o tem fakt, że spostrzegano je nawet u ludzi, pokąsanych przez psy zdrowe, a leczonych ze względów ostrożności przeciwko wściekliźnie. Zespół objawów, wyżej wyliczonych, przemawia za zajęciem nietylko nerwów obwodowych, ale nadto rdzenia i opon. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. prof. Nitsch: Podobne przypadki nie są rzadkie, a stały się częstymi zwłaszcza po r. 1900, odkąd do szczepionek zaczęto używać rdzeni stosunkowo świeżych, w każdym razie znacznie mniej wysuszonych, niż dawniej. W tem zdaje się leżeć przyczyna częstszego występowania porażeń. Rokowanie nie zawsze jest tak dobre, jak w przypadku przedstawionym, sam mowca spostrzegał 2 przypadki, które zakończyły się zajściem śmiertelnem.

5. Kol. doc. Nowaczyński wygłosił odczyt: **Nowoczesne badania i poglądy na zapalenie nerek.** (Rzecz będzie w całości ogłoszona drukiem).

W dyskusyi przemawiał kol. Glassner, zwracając uwagę, że podziały schorzeń nerkowych, ujęte przez Straussa, jak i Fahra i Vollharda, są bardzo ważnym przyczynkiem do rewizyi naszych dotychczasowych poglądów w tej sprawie, jednak wobec ciągłych, jeszcze w toku będących badań całego szeregu innych autorów, należy z ostatecznem ustaleniem jeszcze poczekać. Literatura z ostatnich kilku lat, poruszająca ten temat, jest tak bogata i tak nieraz sprzeczna, a w dodatku z takiem podnieceniem pisana, że przypomina czasem artykuły polemiczne z dziedziny bieżącej polityki. Nie można się temu dziwić, jeżeli się uwzględni różnorodność założeń anatomów, histologów i klinicystów. Podział, uskuteczniony przez Fahra i Vollharda, ma znacznie więcej zwolenników, niż podział Straussa; co zresztą jest o tyle słuszne, że Fahr i Vollhard sami przeprowadzili żmudne badania anatomiczne i czynnościowe, natomiast Strauss oparł swój podział nie tyle na własnych pracach, ile na budowaniu mostów między zapatrywaniami i badaniami swojemi, a pracami obcemi; jego podział ma charakter kompromisu. Co do cierpień nerkowych, połączonych z trwałą hypertonią i zaburzeniami naczyniowo-sercowemi, zaznacza kol. Glassner, że nie można wykluczyć, czy ich przyczyną nie jest niedomoga naczyniowa, polegająca na ustawicznych, przez lata całe istniejących zaburzeniach w stanie napięcia (tonus) naczyń, co upływa ujemnie na odżywienie i samych naczyń i miąższu nerkowego. Nowy podział i nowe poglądy, uwzględniając różny charakter niedomogi nerkowej, wpłyną dodatnio i na leczenie chorób nerek, które z drogi dawnego szablonu zwróci się ku różniczkowaniu istoty zaburzeń czynnościowych. (Streszczenie własne).

Dr Michejda, zast. sekr. dor.

Posiedzenie dnia 9 stycznia 1918

Przewodniczący: kol. prezes Ciechanowski, później Krzyształowicz. Obecnych: członków 25.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia odczytał kol. prezes list od rektora Kostaneckiego z podziękowaniem za mianowanie go członkiem honorowym.

2) Prezes podaje do wiadomości, że przy krakowskiem Kole Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych tworzy się stała Sekcya wychowania fizycznego, w której współpracować mogą także osoby, nie będące członkami T. N. S. W. Koledzy' którzyby chcieli uczestniczyć w pracach tej sekcyi, zechcą zgłosić się do kol. Ciechanowskiego.

3) Na wniosek Zarządu, przedstawiony przez prezesa, nowymi członkami zostali wybrani jednomyślnie następujący koledzy wzgl. koleżanki: Dr Helena Czerwińska, Dr Zofia Mostowska, Dr Julian Lustgarten i Dr Krzysztof Missona.

4) Na wniosek Zarządu, przedstawiony przez kol. prezesa Ciechanowskiego, zastępcą sekretarza dorocznego na r. 1918. wybrany został kol. Szancenbach.

5) Ustępujący Zarząd przedstawił **sprawozdanie za r. 1917.**

a) Kol. sekretarz stały prof. Nitsch złożył następujące sprawozdanie:

»W roku 1917. odbyło się w Tow. lek.: 33 posiedzeń w czasie od 10. stycznia do 19. grudnia z przerwą $2^1/_2$ miesięcy w czasie wakacyi. Na posiedzeniach tych wygłoszono 39 odczytów z różnych działów umiejętności lekarskich. Jedno posiedzenie było sprawozdawcze, jedno poświęcone »ankiecie wstępnej w sprawie zboczeń wywołanych wadliwem lub niedostatecznem odżywianiem«, a na jednem prof. Tokarz mówił» o służbie zdrowia w powstaniu listopadowem«. Pozostałych 30 odczytów było poświęconych różnym gałęziom medycyny. Jeden z wykładających nie był lekarzem (prof. Tokarz), a jeden odczyt wygłosił gość z Warszawy (Dr Dembiński).

Często odbywały się przed odczytami demonstracye przeważnie chorych na choroby nerwowe, wewnętrzne lub chirurgiczne. Demonstracye takie odbyły się na 21 posiedzeniach. Demonstrowało zaś 33 kolegów 66 chorych.

W dyskusyi nad odczytami lub demonstracyami przemawiało 140 kolegów lub gości. Między innymi był na jednem posiedzeniu (17/I) prezydent miasta Krakowa Dr Leo i zabierał głos w dyskusyi nad odczytem »o wyodrębnieniu Galicyi, a jej sanitarnych postulatach«.

Udział członków na posiedzeniach nie był liczny. Nigdy nawet połowa zapisanych członków nie wzięła udziału w posiedzeniu, a czasem ilość ich wynosiła zaledwie $^1/_{10}$ ilości zapisanych (20), a nawet mniej. Najwięcej członków zebrało się na odczycie Dra Dembińskiego z Warszawy, a mianowicie 75 (dnia 28/XI). Zawdzięczyć to należy też pewnej agitacyi, aby przed gościem sala była wypełniona i ciekawości usłyszenia kogoś nowego. Najmniej członków, bo tylko 15, zanotowano na odczycie dnia 4/IV.

Nowych członków przyjęto 14. Zmarło w ciągu roku członków 5 (kol. Doboszyński, Dobrowolski, Krzysztoń, Lustgarten i Skobel). Wystąpiło z Tow. członków 5, a wykreślono z powodu niepłacenia wkładek z czasów jeszcze przedwojennych członków 10. Pozostaje z końcem r. 1917 członków 200.

W ciągu roku zamianowano 11 członków honorowych a mian.: prof. Kostaneckiego z Krakowa, prof. Becka ze Lwowa, Dra Gantkowskiego z Poznania, i Drów Jakowskiego, Męczkowskiego, Kryńskiego, Pawińskiego, Brudzińskiego, Zawadzkiego, Jaworskiego, Puławskiego z Warszawy lub z Królestwa Polskiego. Nominacya ta nastąpiła na posiedzeniu w dniu 3. maja. Z grona tych członków ubył już niestety jeden, t. j. Dr Brudziński, zmarły w grudniu 1917 r.«

Sprawozdanie powyższe przyjęto bez dyskusyi.

b) Kol. Akermann złożył sprawozdanie kasowe, kol. doc. Seńkowski sprawozdanie z administracyi domu.

c) W zastępstwie nieobecnego z powodu służby wojskowej bibliotekarza kol. Blassberga odczytał sprawozdanie z ruchu i czynności biblioteki kol. Michejda:

»W dniu 31. grudnia 1917. było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych 11545 dzieł i 650 wydawnictw peryodycznych, przyczem zaznaczyć należy, że inwentaryzacya wpływów musiała być wstrzymana dla braku miejsca w bibliotece. Sprawę rozszerzenia rosnącej biblioteki rozpatrywano już za prezydyum kol. Janiszewskiego, atoli stosunki wojenne stanęły na przeszkodzie w załatwieniu ostatecznem sprawy, a to tem bardziej, że bibliotekarz wskutek służby wojskowej oraz wyjazdu z Krakowa nie mógł poświęcić bibliotece koniecznej pracy.

W ciągu 1917 r. wypożyczono z biblioteki książek lub pism 80, zwrócono 56, pozostaje zaległych 24. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 135 książek lub czasopism. Liczba członków, korzystających z biblioteki, wynosiła 20. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez jedną godzinę dziennie.

Dary: Od prof. Ciechanowskiego, jak w latach ubiegłych. tak i w r. 1917 otrzymała biblioteka liczne dzieła i czasopisma, Prócz tego wpłynęły w r. 1917 znaczniejsze dary w książkach i czasopismach od dra Bulikowskiego z Gleichenbergu, oraz od

prof. Wrzoska, dr Markowej i dra Harajewicza z Krakowa. Nadto wpłynęło 600 tomów dzieł i pism z biblioteki, pozostałej po śp. drze Skoblu z Krakowa«.

d) Kol. Wojciechowski odczytał sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego« za rok ubiegły.

e) Imieniem komisyi rewizyjnej wniósł kol. Damski wniosek o udzielenie ustępującemu Zarządowi absolutoryum. Wniosek jednogłośnie uchwalono.

6) Ustępujący prezes, kol. Ciechanowski, wygłosił następujące przemówienie;

»Zamykając 52-gi rok pracy Towarzystwa, rozstaję się ze swym urzędem nie bez żalu. Z powodu bowiem przeciągającej się wojny i mojego zachorowania w lecie pozostawiam odłogiem kilka zadań, które się w ubiegłym roku nasuwały, jakoto ze spraw administracyjnych: odnowienie domu, lepsze pomieszczenie biblioteki, uporządkowanie archiwum, ze spraw organizacyjnych: utworzenie sekcyi specyalnych, odbywających osobne posiedzenia i w związku z tem ściślejszy stosunek z odrębnemi dotąd gronami: Towarzystwem ginekologicznem, grupą neurologiczną, zbierającą się w klinice neurologicznej i grupą szpitalną, która przed wojną pomyślnie się rozwijała w szpitalu św. Łazarza. Należałoby tu także stworzenie pracowni Towarzystwa lekarskiego, do której każdy z członków miałby wstęp niczem nieskrępowany, gdzieby więc każdy czuł się u siebie w domu. Z chwilą zawarcia pokoju wreszcie musiałoby Towarzystwo nasze rozpatrzeć szereg ważnych zagadnień społecznohigienicznych, związanych z ujemnymi wpływami, jakie wojna pozostawi na zdrowiu i liczbie ludności.

Jednakże, gdy nie dane było jeszcze Towarzystwu naszemu podjąć tych zadań, ważnych, lecz — że tak powiem — przygodnych, możemy kończący się rok pożegnać z poczuciem, żeśmy spełnili nasze zadania stałe, i stwierdzić, że tętno pracy Towarzystwa nietylko wróciło do przedwojennego napięcia, ale nawet się wzmogło. Doszliśmy bowiem w roku ubiegłym do niebywałej liczby posiedzeń, wykładów i pokazów, a zebrania nasze, chociaż w uszczuplonem gronie, znamionowały się wytrwałą frekwencyą i żywym udziałem obecnych w rozprawach. Obok zaś zagadnień ściśle lekarskich nie było prawie sprawy społecznohigienicznej, będącej na dobie, którąby w naszem Towarzystwie nie znalazła należytego wyrazu.

Toteż wskutek tego i zadanie moje było wdzięczne i łatwe, przy poparciu zarówno całego Zarządu, jak i ogółu członków Towarzystwa. Zwłaszcza kolegom z Zarządu serdecznie za współpracę dziękuję, a szczególnie koledze wiceprezesowi, zawsze, a zwłaszcza w czasie mej choroby, z najchętniejszą śpieszącemu pomocą, kolegom skarbnikowi, gospodarzowi, bibliotekarzowi i podskarbiemu komisyi redakcyjnej, którzy z całkowitem oddaniem prowadzili tak trudne dziś sprawy administracyjne Towarzystwa, koledze sekretarzowi stałemu, który w tym roku miał tyle pracy, oraz nieznużonym, doskonałym sekretarstwu dorocznym.

Towarzystwo, w którem się czas dłuższy pracuje — a 20 lat minęło, jak wszedłem do Zarządu — staje się każdemu człowiekowi czemś blizkiem i drogiem; cóż dopiero przewodniczącemu. Toteż myśl każdego z mych poprzedników biegła przy ustąpieniu z urzędu nieraz z troską, ale zwykle z nadzieją, ku przyszłym losom naszego Towarzystwa. Żaden z nich jednak nie miał tego wyjątkowego szczęścia, by, jak ja, przekazywać rządy Towarzystwa rówieśnikowi z ław jeszcze szkolnych, towarzyszowi pracy, koledze i przyjacielowi od lat 33, by więc zdawać rządy z taką niezachwianą pewnością, że losy drogiej nam wszystkim instytucyi spoczną w najlepszych rękach.

Toteż wybaczcie Koledzy, jeżeli w życzeniach, które składam według zwyczaju memu następcy, zadźwięczy nie zwyczajowa, gorętsza, nuta osobista. A Towarzystwu składam życzenia, by już pod Jego rządami doczekało chwili, kiedy będzie mogło podać bratnią dłoń Towarzystwom lekarskim w Warszawie i we Lwowie, w Wilnie i w Poznaniu do wspólnego związku, w jednem, zjednoczonem Państwie Polskiem.«

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

XVIII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 14 października 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion. Dr Mikołajski usprawiedliwił swą nieobecność.

1. Odczytano pismo Komendy II Armii zawiadamiające, że prośbę o zniesienie cenzury listowej dla miasta Lwowa przedłożono Naczelnej Komendzie Armii z wnioskiem na uwzględnienie.

2. Rozdzielono zapomogi następującym wdowom i sierotom po lekarzach: 1. Budzynowska Walerya ze Lwowa 50 k., 2. Burnatowicz Franciszka z Obertyna 100 k., 3. Dorlheimerowa Róża ze Sambora 50 k., 4. Gobieńska Paulina ze Lwowa 50 k., 5. Herold Rozalia z Rawy ruskiej 100 k., 6. Hirschhorn Klara obecnie we Wiedniu 50 k., 7. Hoffmanowa Józefa ze Stanisławowa 100 k., 8. Hrasdilek Marya obecnie w Salzburgu 50 k., 9. Jasilkowska Marya ze Lwowa 50 k., 10. Jurkiewicz Zofia ze Lwowa 50 k., 11. Karpińska Józefa z Drohobycza 100 k., 12. Kiczałes Zuzanna z Kałusza 75 k., 13. Koener Eugenia z Kropiwnika 100 k., 14. Kollerowa Joanna z Baranowiec 100 k., 15. Korngrün Fani z Tarnopola 100 k., 16. Korostenska Antonina ze Lwowa 100 k., 17. Krygowska Stefania ze Lwowa 100 k., 18. Kaczurbowa Jadwiga z Przemyśla 100 k., 19. Maciulska Bronisława ze Lwowa 50 k., 20. Michalikowa Wanda z Worochty 100 k., 21. Mochowa Marya ze Lwowa 75 k., 22. Rödel Natalia ze Lwowa 50 k., 23. Reich Julia z Drohobycza 50 k., 24 Rosenöhl Jetta z Drohobycza 100 k., 25. Rosenstock Adolfina z Tarnopola 100 k., 26. Rotterowa Klara obecnie we Wiedniu 50 k., 27. Sokal Róża z Jarosławia 75 k., 28. Szamedowna Zofia z Janowa 100 k., 29. Schmidt Władysława z Jordanowa 100 k., 30. Szczepańska Adela ze Lwowa 100 k., 31. Tyllowa Sydonia ze Lwowa 50 k., 32. Wachnianin Stefania z Rawy ruskiej 100 k.

3. Prezydent podaje do wiadomości, że Dr L. D. przeciw któremu miała Rada honorowa wdrożyć dochodzenia dyscyplinarne, umarł, — wobec czego dalsze prowadzenie sprawy zastanowiono.

4. Zaopiniowano podania kredytowe Dr H. T. z K. i Dr E. S. ze L.

5. Dr E. T. z P. odpisano częściowo zaległości w opłatach izbowych; taksamo Drce H. P. ze L.

W sprawie stosunku między zdobyczami wiedzy o zdrowiu a stosowaniem ich w praktyce.

Napisał

dr Tadeusz Mischke (Zakopane).

W przeświadczeniu, że niżej podane uwagi mogą się w pewnej mierze przyczynić do lepszego rozwiązania problemu ustawy o ochronie zdrowia w Polsce, poddaję je rozwadze pracowników na tem polu.

Łatwo spostrzegalne fakty z życia codziennego i powszechnego pozwalają stwierdzić, że ugodowość lub obojętność wobec zdarzeń wrogich dla zdrowia, a nieprzychylność i oporność wobec zarządzeń zapobiegawczych są zjawiskami zwykłemi. Widzi się to nawet wśród lekarzy, którzy zbyt często skłonni są uważać stanowcze zarządzenia kolegów za jużto nie uzasadnione wymaganiami wiedzy, już też niemożliwe do przeprowadzenia. Takie zarządzenia piętnuje się też często jako »szykany«, »dokuczliwości« bezcelowe i rzekomo nieskuteczne, co oczywiście podnieca w wysokim stopniu niechęć i oporność szerokich sfer, nie uświadomionych higienicznie wobec zarządzeń zapobiegawczych.

Pozwolę sobie omówić sprawę krótko na tle kilku konkretnych przykładów, choć możnaby ich przytoczyć bardzo wiele. W pewnem uzdrowisku dla gruźliczych pojawiają się dwa rozporządzenia tej treści: I. Książki w wypożyczalniach publicznych mają być poddane odkażeniu przed ponownem wypożyczeniem. II. Odkażanie pokojów i przedmiotów, używanych w hotelach i pensyonatach (pościel, naczynie stołowe itp.), oraz inne ostrożności mają być stosowane do wszystkich mieszkańców hoteli i pensyonatów, prócz tych, którzy się wykażą świadectwem lekarskiem, stwierdzającem, że nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Wobec pierwszego rozporządzenia zajmują stanowisko nieprzychylne właściciele wypożyczalni i znaczna część czytających. Zarządy księgozbiorów uważają odkażanie za niemożliwe do wykonania z powodu braku odpowiednich urządzeń. Wśród lekarzy zdania są podzielone. Jedni oświadczają, że odkażanie książek jest zbyteczne, albowiem rzekomo według orzeczenia wybitnych bakteryologów kartki książek nie zawierają drobnoustrojów cho-

robotwórczych, lecz co najwyżej okładki, przeto wystarczy owinięcie książek w papier czysty. Drudzy twierdzą, że nawet w razie zakażenia kartek wystarczy ostrożne ich przewracanie, unikanie ślinienia palców, lub używanie do tego jakiegoś narzędzia, wreszcie dokładne umycie rąk w razie dotykania książki palcami. Inni jeszcze uważają wszelkie systemy odkażania książek za bezskuteczne, powołują się również na orzeczenia, które miały stwierdzić przy wszystkich systemach odkażania książek, używanych przez chorych, obecność chorobotwórczych zarazków (np. gruźliczych) nawet na kartkach (British Museum).

Zwolennicy radykalnego postępowania uważają obecność zarazków na okładkach i kartkach książek, używanych przez chorych, za rzecz apriorycznie pewną, albowiem muszą one być zanieczyszczone od palców, zwalanych wykrztusinami przy zasłanianiu ust, plwociną od chustek, w które plują nawet wysoce »wykształceni«, lub wprost plwociną rozpyloną przy kaszlu. Zwolennicy radykalnego postępowania domagają się tedy odkażania książek w odpowiednich przyrządach zapomocą ogrzania do 80° C przez 48 godzin albo i więcej w miarę potrzeby, przy użyciu kontrolnych przyrządów, wskazujących, kiedy wnętrze książki leżącej w środku stosu osiągło tę ciepłotę. Wzgląd na ewentualne zniszczenie książek nie powinien być brany w rachubę, raczej należałoby zapewnić zastąpienie zniszczonych książek nowemi.

Drugie zarządzenie władzy administracyjnej na wniosek referenta sanitarnego wywołało podobną oporność i dało sposobność do stwierdzenia podobnej niejednolitości zapatrywań. Wśród dyskusyi padł nawet wyraz »symbioza« w odniesieniu do stosunku między człowiekiem a prątkami gruźliczymi. Na cóż tyle energii poświęcać na walkę z zarazkiem, z którym gatunek ludzki do tak ścisłej doszedł zażyłości?! Wyrazu »symbioza« użyto zapewne w zacietrzewieniu, boć po niejakim namyśle nie powinienby, zwłaszcza lekarz, popierać symbiozy, z której tylko prątki Kocha korzyść odnoszą. Radykalni eugeniści radziby stosować odkażanie do wszystkich ludzi wogóle i do wszystkich, zwłaszcza zamkniętych przestrzeni uczęszczanych przez ludzi.

Niekiedy nawet władze sanitarne kapitulują wobec pewnych chorób, jak np. krztuśca i odry, dla których nie wymaga się takich ostrożności, jak wobec innych zakaźnych, a przecież znaczenie ich jako czynnika aktywującego przygasłą gruźlicę, lub upośledzającego odporność przeciw świeżym zakażeniom, jest powszechnie znane. I tu radykalizm eugeniczny domaga się energicznego wkraczania zapobiegawczego właśnie w każdym okresie nieżytowym, bez względu na to, co po nim nastąpi.

Przy układaniu ustawy sanitarnej odradzającego się państwa polskiego należy zużytkować doświadczenia państw innych, co się też i dzieje, ale przedewszystkiem zapoznać się z niedomaganiami egzekutywy, aby ich uniknąć. Obawiam się, że prace nad stworzeniem ustawy sanitarnej w Polsce będą się posuwać po liniach wysokiej erudycyi teoretycznej z zaniedbaniem strony praktycznej, drobiazgowo wykonawczej i ośmielam się podać tutaj kilka myśli, które w razie urzeczywistnienia zdołają zapobiedz rażącym błędom ustaw sanitarnych, poznanym już w innych państwach:

1. Ustawa o ochronie zdrowia publicznego, opracowana na podstawie innych tego rodzaju ustaw, nie pomijając dawnych polskich, uwzględniająca najnowsze zdobycze wiedzy, powinna być wprowadzona w życie jako próbna.

2. Wykonywanie tej próbnej ustawy ma być zapewnione przez powołanie do życia najwyższej władzy sanitarnej, jako ministerstwa zdrowia, równorzędnego z innemi ministerstwami, i wyposażenie jej we wzorowo wyszkolone organy podwładne, rozsiane po całym kraju, od kierowniczych aż do straży sanitarnej (policyi).

3. Osią próbnej ustawy sanitarnej ma być zasada równego dla wszystkich, ale proporcyonalnego do psychicznej i fizycznej możności, przymusu świadczeń eugenicznych w walce z wrogami zdrowia (analogicznie do przymusu świadczeń wojennych w walce z wrogiem zewnętrznym). Tu należałby również przymusowy podatek sanitarny z osobnym oddziałem w ministerstwie skarbu.

4. Celem śledzenia skuteczności działania ustawy próbnej i ewentualnych jej niedomagań ma być ustanowiona komisya stałej i niespodziewanej kontroli sanitarnej w ramach ministerstwa zdrowia.

5. Celem usuwania wątpliwości wśród lekarzy i profanów ma być powołana do życia najwyższa Rada zdrowia, obradująca 2—3 dni raz na miesiąc, złożona z przedstawicieli władz sanitarnych, uczonych i praktyków, lekarzy i weterynarzy, z kolejnem przewodnictwem i zabezpieczeniem regulaminowem przed majoryzacyą którejkolwiek sfery.

6. Ze względu na ciężką służbę oraz celem umożliwienia poświęcania potrzebnego czasu czynnościom służbowym należałoby wyznaczyć wynagrodzenia według wysokiej odrębnej skali, zapewnić przyzwoity byt sierotom i wdowom, oraz usystemizować szczególne nagrody, proporcyonalne do faktycznego stanu zdrowia w danym okręgu działania służbowego i w danym czasie. Komisya kontrolna czuwałaby nad prawdziwością sprawozdań, przeprowadzając niespodziane śledztwa na miejscu.

Jedną z najpoważniejszych przeszkód w wykonywaniu celowych zarządzeń sanitarnych jest brak odpowiednich urządzeń, który wynika z braku środków. Temu ma zaradzić właśnie bezwzględnie przymusowy podatek sanitarny i przymus świadczeń eugenicznych, proporcyonalny do możności i uzdolnienia danego obywatela.

Aby zwrócić uwagę na ciasną miarę w stosowaniu wiedzy zdrowia, dość wymienić sprawę alkoholu, tak szczegółowo opracowaną w teoryi, a prawie nietkniętą, lub z zabobonną lękliwością traktowaną w praktyce. Nie ma czem zastąpić dochodu, dostarczanego państwom przez konsumcyę alkoholu?! Czy ten dochód nie wróciłby z nadwyżką przez usunięcie szkód, wynikających z używania alkoholu? Sprawy to zbyt znane, aby je tu poruszać. Ostrze ustawy zwraca się głównie przeciw spożywcom, pozostającym pod nieodpornym przymusem pokusy lub nałogu, a producentom pozostawia nieograniczoną swobodę wyrabiania trucizny, byle tylko spełnili warunki fiskalne.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Lekarze krakowscy na uroczystem zebraniu w d. 16. II. 1918, zwołanem z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krak., uchwalili zaznaczyć swój udział w proteście całego społeczeństwa polskiego przeciw warunkom układu w Brześciu.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie Dr. J. Weinsbergowi za ofiarowane bibliotece czasopisma.

Redakcya otrzymała: Nowicki W.: 1) Ruhrfälle mit dem Nachweise des Erregers ausserhalb des Darmtraktus. (Berl. kl. Woch. 1917). 2) Pathologisch-anatomische Veränderungen bei schweren Paratyphus B-Fällen (Deutsche m. W. 1917). 3) Über das kombinierte Verfahren bei der Untersuchung der Typhus-, Paratyphus-und Ruhrstühle (Wiener kl. Woch. 1917.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgarska 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. Cz. I. i II. po 9 kor. 20 h.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 8. Kraków, 23. lutego 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 ko 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 23. lutego 1918 Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uwagi dotyczące urządzenia nauki położnictwa i ginekologii w uniwersyteckich Wydziałach lekarskich

zestawił

Prof. Dr Antoni Mars.

Ustrój Wydziałów lekarskich od dziesiątek lat nie uległ prawie zmianom, jest w zastoju i wobec dzisiejszego stanu i nadmiernego rozwoju nauki jest wręcz niedostateczny; wymaga nowych urządzeń i nowego ukształtowania.

W celu zapoczątkowania pracy w tym kierunku należy przedewszystkiem zbadać: celowość, potrzeby i wymagania poszczególnych katedr, wykazać istniejące błędy i braki, zbadać stosunek poszczególnych katedr do siebie i na podstawie uzyskanych danych zbudować całokształt nauk lekarskich.

Katedra położnictwa i ginekologii jest w ścisłem tego słowa znaczeniu podwójną i jako taka ma wyjątkowe warunki w studyum lekarskiem. Łączy bowiem w sobie dwa odmienne działy nauki, dotyczące narządu płciowego kobiecego w różnych okresach jego fizyologicznego życia i dlatego ze sobą tak ściśle związane, że rozdział ich na dwie katedry bez ujmy dla nauczania i nauki trudno sobie wyobrazić.

Różnica między obu działami leży w tem, że gdy ginekologia zajmuje się stanami patologicznymi narządu płciowego kobiecego u jednostek poza okresem płodzenia i troszczy się o utrzymanie ich bytu, to mniej zajmuje się kwestyą rozrodczą. Położnictwo natomiast zajmuje się sprawą, dotyczącą fizyologicznej czynności narządu płciowego kobiecego, t. j. sprawą rozrodczą, i to wyłącznie w okresie płodzenia, mającą na celu utrzymanie gatunku. Zajmując się z natury rzeczy stanami patologicznymi narządu płciowego w okresie płodzenia, ma także o tyle dążność do utrzymania bytu jednostki.

Okoliczność, że te oba działy nauki zajmują się tymsamym narządem płciowym kobiecym, sprawia, że kwestye utrzymania bytu jednostek i utrzymania bytu gatunku tak się ze sobą w tych obu naukach kojarzą, tyle jest punktów stycznych, tyle wzajemnej zależności, że rozdział tych nauk nie daje się ściśle przeprowadzić i w tem leży konieczność, aby oba przedmioty należały do składu jednej wspólnej katedry. Katedra ta musi też mieć temsamem dwie kliniki.

Klinika ginekologiczna niewiele się różni od klinik istniejących przy innych katedrach; miała dawniej inną cechę, którą w ostatnich dziesiątkach lat zupełnie zmieniła. Gdy przed niewielu laty można ją było uważać za specyalny dział, wyłoniony z kliniki chorób wewnętrznych, to dzisiaj jest ona bardzo szeroko rozrosłą, specyalną częścią nauki z działalnością głównie chirurgiczną, musi mieć zatem potrzeby i wymagania tego rodzaju, co klinika chirurgiczna.

Klinika położnicza natomiast, to instytucya odrębna, nie dająca się porównać z kliniką ginekologiczną, a temsamem i z innymi uniwersyteckimi klinicznymi zakładami. W klinice położniczej na pierwszym planie jest sprawa porodowa, zatem fizyologiczna czynność narządu płciowego kobiecego, sprawa bardzo skomplikowana w jej najrozmaitszych przejawach.

Materyał kliniki ginekologicznej, to kobiety chore, które kierownictwo kliniki przyjmuje w miarę potrzeby nauczania i nauki.

W klinice położniczej znajdują się przeważnie kobiety zdrowe, a obok nich gromadzą się w mniejszej liczbie przypadki położnicze patologiczne. Do zdrowych należą brzemienne, oczekujące rozwiązania, osoby rodzące prawidłowo i osoby z prawidłowym przebiegiem połogu. Do przypadków położniczych patologicznych zaliczamy brzemienne ze stanami patologicznymi narządu płciowego, a także i innych narządów, osoby rodzące nieprawidłowo, które wymagają najczęściej zabiegów operacyjnych, i osoby z połogiem nieprawidłowym i zakażone.

Materyał położniczy kliniczny możnaby sobie pomyśleć jako ograniczony co do liczby, zwykle atoli bywa inaczej. Pod tym względem w różnych uniwersytetach różne panują warunki, co zależy od ustaw państwowych, regulujących sprawy porodowe ze stanowiska społecznego, a także ze względu kształcenia nietylko lekarzy, ale i położnych. Najczęściej materyał napływający nie bywa w ograniczonej liczbie i dowolnie przez personal lekarski przyjmowany dla celów dydaktycznych i naukowych, ale napływ jego bywa nieograniczony, czasami zbyt obfity, sprawiający nawet przepełnienie. W obu klinikach przypadki, należące do różnych kategoryi, nie mogą być razem umieszczane, ale muszą być podzielone na grupy, a grupy oddzielone od siebie, skutkiem czego potrzebują bardzo rozległego pomieszczenia, a także więcej sił lekarskich i pomocniczych. Powszechnie wiadomem jest, że kobiety rodzą w różnych porach dnia, a najwięcej porodów odbywa się w nocy, co sprawia, że praca lekarska i pomocnicza jest bardzo uciążliwa, bo nie może się skupiać w pewnych porach dnia, ale musi być dzień cały prowadzona. Do kliniki położniczej przybywają nadto bardzo często przypadki nagłe, jak n. p. krwotoki z narządu płciowego kobiecego, wymagające doraźnej pomocy, zatem i w chwilach na pozór wolnych od pracy musi być utrzymywane stale surowe pogotowie lekarskie.

Ważną okolicznością jest, że narząd płciowy kobiecy w okresie płodzenia okazuje bardzo znaczne rozpulchnienie i soczystość tkanin. W okresie tym istnieje w narządzie płciowym kobiecym stan przekrwienia i odbywa się żywsza wymiana materyi. Cały narząd jest tkliwszy i do przyjęcia zakażenia sposobniejszy. Wobec nie dających się z góry obliczyć obrażeń części rodnych w czasie porodu, zakażenie może łatwiej następować, aniżeli u innych osób chorych, leczonych i pielęgnowanych. Wobec nieuniknionej niemal sposobności w każdym przypadku porodu do zakażenia nawet w czasie zwykłej pomocy, jaką się niesie rodzącej, przyznać się musi, że niebezpieczeństwo zakażenia przypadków czystych i do tego tak na zakażenie tkliwych musi być znaczne.

Nietylko klinika położnicza, ale i klinika ginekologiczna, w której leczenie polega głównie na postępowaniu chirurgicznem, gdzie się bardzo często wykonywa zabiegi, połączone z otwarciem jamy brzusznej, mieści w samej sobie wobec napływającego do niej materyału septycznego również niebezpieczeństwo zakażenia, chociaż mniejsze, aniżeli w klinice położniczej. W obu klinikach a głównie w klinice położniczej chore po operacyach z nielicznymi bardzo wyjątkami nie mają opatrunków, części płciowe są prawie zupełnie nieosłonięte i zagraża tym osobom możliwość zakażenia przy każdej sposobności niezbędnych codziennych posług. Klinika ginekologiczna, podobnie jak chirurgiczna, potrzebuje o wiele więcej opatrunków, klinika zaś położniczo-ginekologiczna więcej czujności i surowości w przeprowadzeniu postępowania ochronnego przed grożącem zakażeniem.

Lekarze kliniczni w klinice położniczo-ginekologicznej muszą daleko więcej czasu poświęcać na leczenie i pielęgno-

wanie chorych klinicznych, aniżeli lekarze innych klinik uniwersyteckich, praca ich zajmuje więcej godzin na dobę, i to dniem i nocą. Skutkiem tego mniej im czasu pozostaje do spełniania obowiązków dydaktycznych, do samokształcenia się i do pracy naukowej.

Aby temu sprostać, powinien zastęp klinicznych lekarzy być liczniejszy, i to dla każdej z obu klinik osobno przydzielony, aby mógł na wymianę pracować. Jak to wynika z opisu warunków kliniki położniczo-genekologicznej i z jakości napływającego do niej materyału, działałalność lekarska nie może się grupować w pewnych porach dnia, w której jest w klinice profesor, musi się rozwijać często nagle i bez przygotowania, lekarz czuwający musi przystępować nieraz odrazu do najcięższych zabiegów operacyjnych, które nie cierpią nawet najmniejszej, na minuty obliczającej się zwłoki. Wobec tego niezbędnem jest, aby były w klinice na miejscu i pod ręką siły lekarskie, zupełnie wyszkolone w kierunku operacyjnym i leczniczym. Asystenci kliniczni, którzy się rekrutują z pośród lekarzy, którzy co tylko ukończyli studya, którzy się często zmieniają, przychodzą, aby się kształcić i odchodzą, nie mogą sprostać wymaganiom. Niezbędne jest zatem ustanowienie tak dla kliniki położniczej, jak i ginekologicznej stałego naczelnego lekarza kierownika, adjunkta profesora, któremuby i inne działy pracy w kierunku dydaktycznym i naukowym powierzone być mogły. Na stanowisko to możnaby powołać docentów prywatnych i profesorów nadzwyczajnych, wykładających poszczególne działy położnictwa i ginekologii. Ze względu na niebezpieczeństwo przeniesienia zakażenia z przypadków zakażonych na zdrowe, ze względu, że lekarz bardzo łatwo mógłby być pośrednikiem w tem zakażeniu, koniecznem jest, aby przynajmniej dwaj lekarze zajmowali się wyłącznie przypadkami zakażonymi i nie stykali się z osobami zdrowemi. Tożsamo da się powiedzieć o służbie, pielęgnującej chore i o przyborach, do pielęgnowania używanych. Wreszcie nadmienić należy, że lekarze kliniczni powinni bezwarunkowo mieszkać w gmachu klinicznym i mieć w klinice żywienie się zapewnione.

Dobrze urządzona klinika powinna posiadać podręczne pracownie naukowe, które są konieczne dziś potrzebne tak dla celów leczniczych i dydaktycznych, jako też w celu podejmowania prac naukowych, a mianowicie: dla mikroskopii, chemii, bakteryologii, serologii, do wiwisekcyi, dla rentgenologii i rentgenoterapii i fotografii. Pracownie muszą mieć zapewnione zawodowo wykształcone przewodnictwo i wymagają asystentów wyłącznych, którzyby te pracownie prowadzili, tak zwanych asystentów naukowych. Pracownia dla prześwietlania rentgenologicznego i dla rentgenoterapii wymaga odrębnej siły lekarskiej, w tym przedmiocie wykształconej, pracownie mikroskopowa, chemiczna i bakteryologiczna wymagają kierownika o szerokiej wiedzy teoretycznej lekarskiej. Niezbędni są zatem dwaj asystenci naukowi, do samodzielnej pracy gotowi.

Wobec okoliczności, że praca lecznicza w klinice położniczo-ginekologicznej odbywa się w ciągu całej doby i dniem i nocą, musi być do tego i kierunek dydaktyczny dostosowany. W największych klinikach i miastach wydarza się, a w mniejszych jest to na porządku dziennym, że nieraz dnie i całe tygodnie w godzinach, przeznaczonych na wykłady kliniczne, niema żadnego przypadku porodowego lub operacyjnego, chociaż w tych samych dniach rodzi codziennie po kilka kobiet i bywa nieraz dokonywanych po kilka operacyi. Aby zatem uczniowie z nauki korzystać mogli, muszą być koniecznie obecni w klinice całe dnie i noce. Ponieważ atoli masowo rzecz ta jest nie do przeprowadzenia, szczególniej wobec liczniejszego audytoryum, przeto jest konieczne odpowiednie celowe urządzenie.

Badanie i nauka położnictwa i ginekologii ma w sobie tę wielką niedogodność, że zmysł dotyku jest głównym czynnikiem dyagnostycznym, podczas gdy inne zmysły mają drugorzędne zastosowanie. Zachodzi zatem trudność w samem nauczaniu, które wymaga badania dotykiem części płciowych, często pola operacyjnego, co nie zawsze jest możebne, a ze względu ludzkości i ze względów na postępowanie jałowe może być tylko w ograniczonej mierze dozwolone. Pełną korzyść z wykładu klinicznego mają tylko ci uczniowie, którzy przedmiotowo omawiany przypadek badają. W danym przypadku zatem tylko bardzo ograniczona liczba uczniów może z nauki w całej pełni korzystać, reszta pozostaje widzami i niewiele korzysta.

Postępowanie jałowe, którego doniosłość już wyżej zaznaczono, ma w kierunku dydaktycznym ważne znaczenie. Dowiedzionym faktem jest, że uczniowie w klinice są niebezpiecznym czynnikiem ze względu na potrzebę postępowania jałowego, albowiem, uczęszczając do różnych zakładów naukowych i na inne kliniki, łatwo stykają się z przypadkami zakażonymi i mogą zakażenie przenosić.

Nauka postępowania bezgnilnego nietylko jest częścią wiedzy, którą zdobyć trzeba, ale jest częścią wychowania lekarskiego, które nawykowo bezwiednie musi być nabyte. Postępowanie jałowe musi sobie przyswoić uczeń tak, jak tabliczkę mnożenia, którą się nawykowo bez namysłu w razie potrzeby na dane pytanie odpowiada. Otóż dzisiaj brak jest u uczniów, co się później na życie praktyczne przenosi i wymaga koniecznie uwzględnienia, tego wyż określonego wychowania nawykowego w postępowaniu bezgnilnem czyli jałowem.

Postępowanie to dzisiaj nie jest rzeczą mody i nie może być z nauki usunięte, bo chociażby się nawet i zmienił kierunek w nauce, to musi ono pozostać na zawsze, jako wyższe pojęcie czystości, stanowiące rdzenny dorobek nauki.

W klinice położniczej postępowanie jałowe, wprowadzone w całej działalności, jest jedynym czynnikiem, który sprowadził nadzwyczajnie doniosłe wyniki, jakimi się z dumą szczycić możemy. Wychowanie uczniów w tem postępowaniu powinno być uwzględnione przy budowie i urządzeniu całokształtu nauk lekarskich.

Sposób, w jaki uczniowie mają korzystać z materyału klinicznego, jest kwestyą już dawno rozwiązaną i istnieje wiele zakładów, które w tym kierunku za wzór służyć mogą.

Uczniowie powinni być podzieleni na grupy, które powinny mieszkać czasowo w umyślnie na ten cel w gmachu klinicznym urządzonym internacie. Nie powinni uczęszczać przez ten czas do zakładów, skądby zakażenie do klinik przenosić mogli. Powinni wciąż pozostawać w gmachu klinicznym i mieć tam żywienie się zabezpieczone.

Liczba uczniów, należących do takiej grupy, nie powinna przekraczać kilkunastu, a czas, konieczny na pobyt w klinice, obliczyć można na cztery tygodnie. Naturalnie, że te cyfry muszą zależeć od rozległości kliniki, materyału i liczby uczniów. W miastach o bardzo licznym materyale i przy znaczniejszej frekwencyi uczniów powinno być więcej klinik urządzonych.

W celu wzmożenia kierunku dydaktycznego powołano w wielu uniwersytetach, n. p. w Niemczech, osobne instytucye, związane z klinikami, tak zwane polikliniki. W instytucyach tych są czynni lekarze kliniczni, asystenci, w otoczeniu grupy uczniów poza klinikami na mieście u najbiedniejszej ludności, potrzebującej doraźnej pomocy. W tym celu urządzone są pogotowia. Urządzenie to jest bardzo dobre, bo uczniowie mają sposobność do obserwowania i zastosowania w najtrudniejszych praktycznych warunkach tego, co widzieli w klinice.

Nadmienić wreszcie należy, że do tego, aby uczniowie z nauczania korzystać mogli, niezbędne jest propedeutyczne przygotowanie. Uczniowie znać muszą fizyologię ciąży, porodu i połogu, a nadto muszą być zaznajomieni z metodami badania narządu płciowego kobiecego. Sprawę tę omówimy, zastanawiając się nad stosunkiem nauki położnictwa i ginekologii do całokształtu nauk lekarskich.

Bardzo ważną rzeczą jest uwzględnienie potrzeb kliniki w jej kierunku naukowym. Kierunek ten zależy od indywidualności, zdolności i sprawności kierownika katedry, tj. profesora, a także i współpracujących lekarzy. — Katedra musi mieć jednego kierownika, którýby jej całokształt obejmował i pracę we wszystkich kierunkach urządzał i prowadził. Ze wszystkiem, co się ma dziać w klinice, musi być zaznajomiony, musi nad całym przedmiotem panować. Podjęcie pracy osobistej we wszystkich kierunkach przechodzi siły najtęższej jednostki i dlatego wyłania się znów i tu konieczność, aby kierownik był otoczony dostateczną liczbą współpracowników, o czem była już wzmianka przy omawianiu potrzeb kliniki, jako pola działania dydaktycznego. Kierunek naukowy nie jest nigdzie bliżej jako obowiązek nakreślony, jest to obowiązek moralny, tradycyjnie do stanowiska przywiązany. Od dobrej woli i tężyzny indywidualnej zależy, o ile ten kierunek przez pewnego profesora i jego współpracowników będzie uprawiany i przyniesie nauce i społeczeństwu zdobycze. Obok przymiotów osobistych do sprostania temu moralnemu zadaniu i do osiągnięcia wyników niezbędnie potrzeba obok materyalnej niezależności także i czasu do pracy, bez czego praca naukowa jest niemożebna.

W różnych państwach, w różnych uniwersytetach, panują pod tym względem daleko idące, celowe dążenia i urządzenia. N. p. w Niemczech profesorowie materyalnie są lepiej dotowani, czyni się wszystko, aby profesor nie potrzebował zarobkować, a ponieważ się to przy pewnych katedrach uniknąć nie da, zatem poczyniono urządzenia, aby to profesorom bez straty czasu ułatwić i umożebnić, i tak: profesorowie mają prywatne mieszka-

nia w zakładach lub tuż obok, aby nie tracili czasu na chodzenie z domu do zakładu i naodwrót i by każdej chwili mogli być, gdy potrzeba, w zetknięciu z kliniką. Przy klinikach mają profesorowie urządzone płatne oddziały dla pomieszczenia prywatnych chorych, którymi się personal kliniczny i zakład zajmuje, aby się profesorowie nie potrzebowali wydalać z mieszkania w celu odwiedzania chorych po mieście, co szczególniej w wielkich stołecznych miastach nadzwyczaj wiele czasu zabiera.

Sprawy administracyjne nie należą do profesorów, którzy mają tylko nadzór. Katedry mają osobne siły administracyjne, które całą administracyę i korespondencyę z władzami referują, a profesor daje tylko swoje »placet«.

Do inwentarzy i do zbiorów są też poza profesorami przeznaczone siły.

Skutkiem wykluczenia działu administracyjno-biurokratycznego posiedzenia Wydziału lekarskiego i Senatu są rzadkie i krótkotrwałe, obowiązki dziekańskie ograniczone.

Porównując n. p. warunki te w Austryi i w Niemczech, kierunek niemiecki sprawia, że chociaż w Austryi są uczeni, którzy wcale nie ustępują pod względem osobistym uczonym niemieckim, mimo to wydatność pracy w Niemczech przewyższa nadmiernie pracę uczonych w Austryi. W pewnej mierze daje się to i o innych państwach powiedzieć.

Czyż opinia wysokiej kultury niemieckiej lub angielskiej, albo rozbudzenie się kultury rosyjskiej w ostatnich czasach polega na czem innem, jak na zdobyczach naukowych poszczególnych pracowników?

Wprowadzenie do urządzenia Wydziału lekarskiego tych ulepszeń, popierających działalność naukową jednostek według wypróbowanych wzorów, jest zatem konieczne.

Co do stosunku położnictwa i ginekologii do innych katedr Wydziału lekarskiego, ważną okolicznością jest zastanowienie się nad tem, w jakich rozmiarach ma być nauka położnictwa i ginekologii w całokształcie nauk lekarskich wykładana. Niema wątpliwości, że wobec ogromu wiedzy lekarskiej, wobec rozrostu pojedynczych przedmiotów, w skład jej wchodzących, dla każdej katedry możnaby urządzić studyum, złożone z różnych poddziałów, gdyby się chciało dany przedmiot wyczerpać.

To nie jest ani możliwe, ani celowe. — Wydział lekarski nie jest szkołą złożoną z różnych działów specyalnych nauk i dla specyalnego zawodowego wykształcenia.

Wydział lekarski jako całość ma przedewszystkiem za cel podanie całokształtu nauk lekarskich w tej ilości i postaci, aby uczący się mogli mieć należyty pogląd na wszystkie działy i poddziały nauk lekarskich, z któregoby z łatwością wydobywać mogli nietylko wiadomości potrzebne, ale drogi, któremi iść trzeba, aby dojść do wykształcenia w pewnym danym przedmiocie, któremu się poświęcić pragną.

Jako miara powinien być wzięty wzgląd na konieczne potrzeby przeciętnego lekarza praktyka, któremu żaden dział wiedzy lekarskiej nie powinien być obcy, i który powinien być uświadomiony o kierunkach nauki i wysokości, jakiej dosięgła, aby przy pomocy czasopism zawodowych mógł swoje ogólne wykształcenie lekarskie na wysokości postępującej i rozwijającej się nauki utrzymać.

Otóż lekarz praktyczny, prócz ogólnej wiedzy lekarskiej do pewnej wysokości, potrzebuje koniecznie pewnego wyższego wykształcenia w podstawowych przedmiotach nauk lekarskich, i dlatego niezbędnym jest podział przedmiotow na te, których znajomość dokładniejsza jest konieczna, i na te, które w więeej ograniczonych rozmiarach mogą być udzielane. Podział ten, to niewątpliwie rzecz trudna, wymagająca osobnego, poważnego opracowania.

Do szeregu przedmiotów pierwszej kategoryi musi należeć nauka położnictwa. Ginekologia chociaż jest konieczna, może być udzielana w mniejszych rozmiarach. Aby można było zbudować dobry całokształt nauk lekarskich, żaden z kierowników katedr nie powinien się zasklepiać w ramach naukowej specyalności swej katedry, ale powinien mieć należyte zrozumienie całokształtu nauk lekarskich, należyte zrozumienie potrzeb i wymagań poszczególnych katedr, aby mógł przystosować swe wymagania do wymagań kolegów i tym sposobem współdziałać w wytworzeniu dobrego całokształtu nauk lekarskich.

Niewątpliwie wydział lekarski powinien być źródłem wszelkiej wiedzy lekarskiej, w któremby czerpać można wiedzę w całych jej rozmiarach, aż do wysokości zdobyczy naukowych dni ostatnich. Nie jest to atoli zadaniem i celem całokształtu nauk lekarskich, związanych w pojęciu wydziału lekarskiego, tylko zadaniem i celem poszczególnych katedr w ich wewnętrznej działalności.

Wydział lekarski jako całokształt wiedzy lekarskiej ma podawać uczniom wiedzę do wysokości ostatnich zdobyczy naukowych, ale w rozmiarach potrzebnych dla lekarza praktycznego.

Specyalne, zawodowe, praktyczne czy też naukowe zupełne wykształcenie w danym przedmiocie powinno się dać uzyskać w każdym wydziale lekarskim, ale dopiero po ukończeniu studyów lekarskich, dla ogólnego wykształcenia lekarskiego przepisanych. Do tego mogą być wprowadzone urządzenia, któreby nietylko nie obciążały wydziału lekarskiego i jego katedr, ale mogły być swem istnieniem pomocne. Wytworzenie instytucyi wychowanków naukowych i zawodowych, w wielu wydziałach praktykowane, czyniłoby temu zadość.

Położnictwo i ginekologia w uniwersytetach austryackich, a także i w wielu zagranicznych, bywa wykładane w dwu, i to ostatnich półroczach studyum lekarskiego. Do wyczerpania całości przedmiotu podwójnej katedry jest to okres czasu zbyt ograniczony i bezwarunkowo niedostateczny. Czy zaś może być dostateczny w zespoleniu całokształtu studyów lekarskich i w tej wysokości, jaką poprzednio jako konieczną zaznaczono, jest rzeczą względną i zależy od tego, czy przedmioty te mają być wykładane uczniom, przygotowanym lub nieprzygotowanym do słuchania tych przedmiotów. Aby uczeń, zapisany na wykłady położnictwa i ginekologii, mógł wogóle słuchać wykładów i z nich korzystać, potrzebuje koniecznie dokładnej znajomości fizyologii ciąży, porodu i połogu, a nadto musi być zaznajomiony i wyćwiczony technicznie w sposobie badania ginekologicznego przy pomocy zmysłu dotyku. Bez tego przygotowania nauczanie tych przedmiotów jest wręcz niemożebne. Wobec tego sprawa tak stoi, że jeżeli uczniowie zapisujący się na te wykłady nie są przygotowani dostatecznie i dopiero w klinice położniczo-ginekologicznej to przygotowanie ich ma być uzupełnione, to okres czasu dwu półroczy na wykłady tych przedmiotów jest bezwarunkowo za krótki i powinien być rozszerzony. Jeżeliby atoli uczniowie, wstępujący do kliniki, byli dostatecznie przygotowani, to czas dwu półroczy może z biedy wystarczyć.

Aby doniosłość tego przygotowania uczniów do nauki silniej zaznaczyć i podkreślić, możemy powiedzieć, że dla lekarza praktycznego i przyszłej jego działalności ważniejsza jest dokładna znajomość fizyologii ciąży, porodu i połogu i sposobów badania położniczo-ginekologicznego, aniżeli słuchanie wykładów klinicznych tych przedmiotów bez tych wstępnych wiadomości. Kto ma fizyologiczne przygotowanie i umie badać, może swą wiedzę uzupełnić i później, a słuchanie wykładów klinicznych bez wstępnych wiadomości jest bezcelową stratą czasu.

Wykłady przygotowawcze, prowadzone przez docentów prywatnych, nie obowiązkowe, słuchane przez uczniów, już zapisanych na wykład kliniczny, bez obowiązku złożenia z nich przedtem egzaminu, nie wiodą do celu i nie mogą zmienić zakorzenionego istniejącego złego. Aby złemu zaradzić, studyum to przygotowawcze powinno być uczniom podane w dziale nauk teoretycznych i być przedmiotem egzaminu drugiego rygorozum. — Naturalnem jest, że w dotychczasowym układzie całokształtu studyów lekarskich miejsce się na to nie znajdzie i dlatego trzeba koniecznie przynajmniej rok jeden studyów przyczynić, w którymto roku znalazłyby uwzględnienie potrzeby i wymagania innych także katedr, a mogłyby także i niektóre więcej oderwane przedmioty, jak np. rentgenologia i radiologia i t.p., znaleść pomieszczenie. Przy takiem zorganizowaniu możnaby do czasu pozostawić dla katedry położnictwa i ginekologii okres dwu półroczy na naukę.

Na wykłady kliniczne w ostatnich dwu latach całokształtu nauk lekarskich nie powinno być wolno zapisywać się uczniom bez złożenia poprzednio egzaminu z propedeutycznego przygotowania.

Całokształt nauk lekarskich składa się z dwu działów różnych przedmiotów, tj. z nauk teoretycznych i praktycznych.

Nauki teoretyczne można jeszcze podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczyć należy przedmioty, zajmujące się zdrowym ustrojem ludzkim, i przedmioty, wprawdzie nie dotyczące bezpośrednio ustroju ludzkiego, ale mimoto w całokształcie nauk lekarskich niezbędnie potrzebne. Do drugiej zaś przedmioty, omawiające stany patologiczne, jakim ustrój ludzki ulegać może, a nadto przedmioty, które mają przygotować uczniów do słuchania nauk praktycznych, zapoznać ze sposobami badania i rozpoznawania stanów patologicznych, z ogólnemi zasadami leczniczemi i sposobami postępowania w czasie leczenia i środkami w celu leczenia.

Tylko trzy przedmioty wstępne pierwszego działu, tj. anatomia opisowa, chemia nieorganiczna i fizyka, są przedmiotami,

które można uważać jako nauki dla siebie samoistnie stojące i które można studyować bez pomocy innych przedmiotów. Do właściwości innych nauk lekarskich należy to, że wszystkie inne przedmioty dają się studyować i można się z nimi zapoznać tylko przy pomocy i znajomości innych przedmiotów.

Co więcej, istnieje nawet pewien konieczny porządek w studyowaniu pewnych przedmiotów po sobie, który umożebnia po zaznajomieniu się z jednym przedmiotem, studyowanie drugiego. Anatomia opisowa, chemia nieorganiczna i fizyka, to trzy podstawowe przedmioty, bez których studyum nauk lekarskich nie może być rozpoczęte; nie można mówić o stanach patologicznych bez znajomości dokładnej ustroju zdrowego i jego fizyologicznych czynności, podobnie, jak nie można sobie nawet pomyśleć nauk lekarskich praktycznych bez dokładnej znajomości nauk teoretycznych.

Całokształt studyów lekarskich złożony z licznych przedmiotów, w tym sposobie wzajemnej zależności ze sobą związanych, przedstawia z dawien dawna ogrom nauki.

Okres pięcioletni studyów jest przyjęty w największej liczbie uniwersytetów, a także i w Austryi. Istnieją atoli wydziały lekarskie, w których nauki są rozłożone na większą liczbę lat albo obok których stworzono studya dodatkowe, tak że czas, potrzebny do ukończenia całego studyum, rozkłada się na lat osiem i więcej.

W obec powstawania nowych nauk starano się je wtłoczyć w 5-letnie ramy. Te nowe przedmioty zaczęły się rozrastać, powstały nowe instytuty, co wszystko sprawiło, że całokształt nauk lekarskich nie może się już dzisiaj pomieścić w tym pięcioletnim okresie. Liczba godzin, dla niektórych przedmiotów wyznaczona, jest niedostateczna, godziny wykładowe kolidują. Ułożenie programu wykładów napotyka na trudności coraz większe, ze szkodą nauczania i nauki. Sztuczne uregulowanie tych stosunków prowadzi do przeciążenia uczniów nadmierną liczbą przedmiotów, których w danem półroczu mają słuchać. Czyni się zadość formie, a cierpi na tem rzecz sama.

Czyniono w niektórych państwach różne usiłowania. Pojęto i urządzono studyum, jako dążące do wykształcenia praktycznych lekarzy, którzyby dopiero po studyum dodatkowem mogli uzyskać dopełnienie wykształcenia naukowego z uzyskaniem stopnia akademickiego. W innych państwach starano się nadać temu studyum cechę naukową i kształcić ludzi, posiadających stopień akademicki, ale nie posiadających dostatecznego zawodowego, praktycznego wykształcenia, któreby dopiero w latach dodatkowych lub w ciągu zawodowej przepisanej służby praktycznej uzyskiwać mogli. W innych wreszcie państwach zwiększono wprost liczbę lat, do studyum potrzebnych i ugrupowano w nich porządek słuchania nauk.

Starano się złemu zaradzić także i innymi sposobami, jak np. przez wskazówki co do porządku, w jakim słuchacze mają przedmiotów słuchać, przez podział przedmiotów na obowiązkowe, do studyum konieczne, z których muszą być składane egzaminy ścisłe, na przedmioty, które musza być słuchane, ale nie podlegają egzaminowaniu i na przedmioty, które mają być wykładane, których słuchanie zależy od dobrej woli słuchaczy, wreszcie zmieniano system egzaminów. Sposoby te są niedobre

Dla nauki, dla całokształtu nauk lekarskich, wszystkie przedmioty są ważne, nie wykluczając nawet historyi rozwoju nauk lekarskich, której znajomość nadaje pogląd ogólny i wyższy na całość nauk, zapoznaje z drogami, któremi nauka kroczyła i wskazuje nowe kierunki.

Dzisiaj konieczny jest radykalny środek, tj. zwiększenie liczby lat, przeznaczonych na studyum nauk lekarskich. Że tak jest, świadczą o tem codzienne wydarzenia. I tak, do zwykłych rzeczy należy, że uczniowie o mniejszych zdolnościach, a także i uczniowie, którzy pojmują doniosłe znaczenie poszczególnych przedmiotów dla ogólnego wykształcenia lekarskiego, starają się w swych książeczkach zgromadzić wszystkie do absolutoryum wymagane przedmioty, aby do egzaminów przystępować mogli, a gdy to uzyskali, po ukończeniu studyum przed przystąpieniem do ostatecznych egzaminów, zapisują się dodatkowo jako słuchacze nadzwyczajni na przedmioty, których nie słuchali, albo z powodu nawału nauk w przepisanym czasie z nich korzystać dostatecznie nie mogli i tym sposobem zwiększają sami liczbę lat, do objęcia nauk lekarskich potrzebnych. Takie zachowanie się uczniów nie jest wyjątkowem, niemal większość tak sobie radzi. Naturalnem jest, że takie dodatkowe uzupełnianie studyów, bez programu, dowolne, nie jest dobre.

Nowy system składania rygorozów u nas, który miał zapewnić spełnienie koniecznego postulatu dydaktycznego, aby uczniowie studyowali nauki praktyczne po zupełnem opanowaniu nauk teoretycznych i po ukończeniu, ale system, który nie określa równocześnie dokładnie czasu na zdawanie tych egzaminów, — jest półśrodkiem, sprowadzającym praktycznie więcej złego, niż dobrego.

Przedewszystkiem są już techniczne trudności z egzaminami, które się nie mogą odbywać masowo, a podejmowane z pojedyńczymi uczniami lub w bardzo ograniczonych grupach wymagają dłuższego czasu, odbywają się na początku rozpoczętych przedmiotów praktycznych, na które się uczniowie wprawdzie zapisują, ale na nie nieuczęszczają, bo się uczą do egzaminu, co jest niewątpliwem złem.

Zwyczaj, że uczniowie zgłaszają się o termina do egzaminów, stwarza zamieszanie i burzy porządek i wydatność nauczania. Organizacya egzaminów, oparta na przestarzałych »swobodach« uniwersyteckich, nie może być dobra.

Egzamina wobec całokształtu nauk lekarskich mają różne znaczenie i celowość, dlatego też powinny być zorganizowane z uwzględnieniem celów i z uwzględnieniem przebiegu nauki i tak urządzone, aby nie tworzyły w nauczaniu trudności.

Egzamin pierwszy ma za cel dostarczenie dowodów, że uczeń poznał wstępne nauki, do dalszego studyum potrzebne, aby mógł się z korzyścią zapoznawać z patologicznymi stanami ustroju ludzkiego, ze sposobami badania tych stanów, ze środkami, służącymi do leczenia tych stanów, i aby tym sposobem mógł robić kroki wstępne do studyum praktycznego.

W tym okresie studyów lekarskich, do którego mają uczniowie po pierwszym egzaminie wstąpić, panuje największa ciasnota i zgrupowanie zanadto licznych przedmiotów. Poprostu brak miejsca na wykłady i zachodzi trudność w ugrupowaniu porządku, w jakim powinny być słuchane. Dlatego jako warunek konieczny poprawienia całokształtu nauk lekarskich uważamy dodanie w tym okresie jednego roku szkolnego, coby wadliwość wyrównać mogło i coby mogło zarazem odciążyć następny okres nauk praktycznych i stworzyć dla nauk praktycznych lepsze warunki dla nauczenia.

Drugi egzamin ma za cel dostarczenie dowodu, że uczeń posiadł dostateczny zasób wiedzy lekarskiej teoretycznej, aby mógł z korzyścią przejść do działu praktycznego.

Oba te egzamina mają równorzędne znaczenie, ubezpieczające pomyślne korzystanie z całokształtu nauk lekarskich. Egzamina te powinny być pomieszczone między zakreślonemi grupami nauk lekarskich i tylko pomyślnie złożone powinny uprawniać do przejścia z jednego okresu do nastepnego.

Wobec trudności technicznych w przeprowadzeniu egzaminów, wobec okoliczności, że się muszą odbywać w czasie wykładów, czas na ich składanie powinien być do ostatecznych granic możliwości ograniczony.

Zgłaszanie się dobrowolne uczniów do tych dwu egzaminów powinno być wykluczone. Uczniowie zgłaszają się zazwyczaj po termin do egzaminu późno, często możliwie jak najpóźniej. Dzieje się to dlatego, że jeżeli się w ciągu nauki, z której egzamin mają składać, zaniedbywali, to doraźnem i gwałtownem przysiedzeniem fałdów pragną rzecz naprawić i egzamin zdać. Ma to tę korzyść, że niejeden mniej pilny uczeń braki uzupełni i półrocza nie straci. Wyrachowanie to nie jest dobre, bo ułatwia uczniom lekceważenie nauki w czasie półrocza, w nadziei, że to przed egzaminem dopełnić potrafią. W całokształcie nauk lekarskich i w jego organizacyi powinna istnieć dążność do wytworzenia prawidłowego korzystania z nauki, do zamiłowania porządku i wyrobienia poczucia obowiązkowości.

Wpływ egzaminów powinien być inny, aniżeli dzisiaj, i dlatego termin do egzaminu powinien być dla jednostek w pewnym okresie czasu wyznaczony i zawczasu ogłoszony ze strony dziekanatu.

Zupełnie inaczej ma się rzecz z trzecim egzaminem, który się składa po ukończeniu całokształtu nauk lekarskich. Egzamin ten nie jest częścią składową studyum, ale ma na celu udowodnienie, że uczeń objął całokształt nauk lekarskich w ten sposób, iż może stanąć do współpracy w społeczeństwie. Wobec tego egzaminu swobody uniwersyteckie powinny być zachowane. Uczniom powinna być dana swoboda uzupełniania swych wiadomości, swoboda zgłaszania się o termin do egzaminów.

Zaznaczyć tu należy, że nie tylko wadliwa organizacya i szczupłość czasu, przeznaczonego na studyum lekarskie, jest przyczyną złego, ale winić należy także i istnienie po dziś dzień przestarzałych niektórych »swobód« uniwersyteckich, których myśl i pojęcie uczniowie dziś wypaczają.

W wielu uniwersytetach utarły się między młodzieżą na podstawie swobód uniwersyteckich zwyczaje, które sprawiają, że cierpi na tem nauka. Ferye uniwersyteckie główne, ferye

w czasie świąt Bożego Narodzenia i w czasie świąt Wielkiej Nocy bywają tak rozciągane, że wliczając do nich dnie niedzielne i święta różne, w ciągu roku przypadające, blizko pół roku wykłady się nie odbywają. Dzisiaj w ciągu roku trwanie wykładów nie zależy od profesora, ale w rzeczywistości od uczniów. Jeżeli się zwróci uwagę na przepisy, dotyczące terminu wpisu na wykłady i terminów dozwolonego podpisywania uczęszczania, a uczniowie korzystają z dozwolonych granic, łatwo obliczyć, jak długo w roku wykłady na uniwersytecie nie odbywają się i nauczania się nie prowadzi.

Dawniej mogło to mieć i dobre swoje strony, bo uczniowie obracali czas świąt na pracę w instytutach, pracowniach naukowych i klinikach. Dzisiaj może jednostki tylko w ten sposób z czasu wolnego od wykładów korzystają.

W wielu wydziałach lekarskich różnych uniwersytetów doszło do tego, że niema prawie katedry, o którejby można było powiedzieć, że w kierunku dydaktycznym ma potrzebne warunki, niema profesora, któryby się nie żalił na dzisiejsze urządzenia.

Jak z tych kilku uwag widoczne, dzisiejsze urządzenia w tym kierunku dydaktycznym nie są dobre i wymagają koniecznie zmiany. Nie mogę pominąć pewnej okoliczności, a mianowicie obaw władz decydujących, że nowe zorganizowanie tych nauk może zmniejszyć frekwencyę uczniów na wydziałach lekarskich i spowodować zmniejszenie się liczby sił lekarskich w społeczeństwie. Jestto szczegół państwowo ważny, z którym się liczyć należy, ale i ten może znaleźć w nowej budowie studyum lekarskiego odpowiednie uwzględnienie.

Sądzimy, że obawa, aby utrudnienie i rozszerzenie studyów lekarskich mogło wpłynąć stale na zmniejszenie frekwencyi uczniów, jest niesłuszna. Nowa budowa i ustrój studyum lekarskiego może wywrzeć tylko podobny zwrot chwilowy i przejściowy. Historya uczy, że w ostatnich dziesiątkach lat warunki zawodowe stanu lekarskiego pogorszyły się bardzo znacznie, że ustawodawstwo na niekorzyść zawodu lekarskiego wprowadziło różne instytucye, czyniące zadość socyalnym postulatom społeczeństwa, jak przez utworzenie lekarzy kolejowych, gminnych, okręgowych, lekarzy kas chorych i t. d., a mimoto frekwencya uczniów na wydziałach lekarskich wzrasta. Frekwencya ta nie zależy od urządzeń w uniwersytetach i od warunków zawodowych, ale wyłania się z potrzeby społeczeństwa samorzutnie.

Streszczając to, co wyżej o całokształcie nauk powiedziano, niezbędnem jest, aby czas na te studya wynosił co najmniej 6 lat, czyli dwanaście pełnych półroczy. Niezbędnem jest, aby wykłady i nauka odbywała się dłużej w ciągu roku szkolnego, przynajmniej 8 do 9 miesięcy. Całokształt nauk powinien być podzielony na trzy okresy: Pierwszy okres trwający dwa lata, któryby obejmował przedmioty: anatomię opisową, chemię, fizykę i nauki pokrewne. Drugi okres, trwający dwa lata, któryby obejmował: patologię ogólną, anatomię patologiczną, farmakologię i nauki pokrewne, higienę wraz z nauką o postępowaniu jałowem, propedeutykę kliniczną, z uwzględnieniem wszystkich sposobów badania, wykład o fizyologii ciąży, porodu i połogu, rentgenologię, naukę o wewnętrznem wydzielaniu, serologię. Dział trzeci, trwający dwa lata, powinny wypełnić wykłady kliniczne i medycyna sądowa.

Pierwszy egzamin powinien być składany w ostatnich dwu tygodniach półrocza czwartego, egzamin drugi w ostatnich dwu tygodniach półrocza ósmego, egzamin trzeci w roku następnym po ukończeniu studyów. Uczniowie, zapisani na położnictwo i ginekologię, nie powinni równocześnie być zapisani na klinikę chorób wewnętrznych i chirurgiczną.

Wreszcie dodatkowo nadmienić należy, że przy urządzaniu całokształtu nauk lekarskich bardzo ważną okolicznością jest, aby katedry praktyczne w klinikach i ambulatoryach mogły mieć materyał, potrzebny do celów dydaktycznych i naukowych, a nadto, aby mogły się pozbywać bez trudności przypadków, które się do klinicznych celów nie nadają. Niezbędne jest zatem takie unormowanie stosunków klinik uniwersyteckich do oddziałów szpitalnych krajowych, aby te wymagania w całej pełni były uwzględnione.

A) Po tym krótkim rzucie oka na dzisiejsze warunki, braki i potrzeby katedry położnictwa i ginekologii, a nadto na niektóre niedomogi całokształtu nauk lekarskich z punktu widzenia tej katedry, wyłaniają się następujące wnioski:

I. Katedra położnictwa i ginekologii wymaga bardzo obszernego i rozległego gmachu, celowo pomyślanego i zbudowanego, któryby posiadał: a) osobne pomieszczenie dla materyału kliniki położniczej, a w tem osobne pomieszczenie dla ciężarnych, zdrowych i osobne dla chorych, osobne dla rodzących zdrowych, osobne dla rodzących nieprawidłowo, które mają być operowane, osobne dla rodzących gorączkujących względnie zakażonych, osobne dla położnic zdrowych i osobne dla położnic chorych z podniesieniem ciepłoty, osobne dla położnic ze stwierdzonem zakażeniem, separatki dla przypadków niezwykłych, osobne sale rezerwowe, potrzebne na wymianę w razie opróżnienia jednego z działów, b) osobne pomieszczenia dla chorych ginekologicznych, a w tem: osobne dla chorób niegorączkujących, osobne dla gorączkujących, osobne dla chorych z ropieniem i rozpadającymi się nowotworami, dla chorych operowanych, osobne dla chorych po otwarciu jamy brzucha, osobna sala operacyjna dla laparotomii i osobna dla innych operacyi, c) osobne pomieszczenie dla ambulatoryum, osobne na instrumentaryum, osobne na przyrządy do wyjaławiania opatrunków i narzędzi, osobne pomieszczenie na opatrunki i przybory, d) mieszkanie dla profesora i jego rodziny, e) mieszkania dla lekarzy, f) mieszkania dla akuszerek i służby, g) kancelaryę dla profesora, h) kancelaryę dla lekarzy, j) pomieszczenie na pogotowie kliniczne, k) bibliotekę z czytelnią i miejscem na posiedzenia kliniczne, l) archiwum, ł) muzeum, m) pomieszczenie na podręczne pracownie naukowe i terapeutyczne: dla mikroskopii, chemii, bakteryologii, wiwisektoryum, z pomieszczeniem na zwierzęta, dla rentgenologicznego prześwietlania i dla rentgenoterapii, n) osobne pomieszczenie na poczekalnię i szatnię dla uczniów przybywających na lekcyę, o) pomieszczenie na internat dla uczniów i uczennic z wszystkiemi potrzebnemi wymaganiami, p) internat dla lekarzy, pragnących wyższego, specyalnego położniczo-ginekologicznego wykształcenia, dla tak zwanych wychowanków klinicznych, r) pomieszczenia na ubikacye dodatkowe, jak kuchenki, łazienki, wychodki, osobne dla profesora, osobne dla lekarzy, osobne dla uczniów, osobne dla uczennic, osobne dla chorych i dla służby, s) sala wykładowa ogólna, t) sale wykładowe dla docentów, u) sala dla ćwiczeń operacyi na bałwanach, w) sala do ćwiczeń w operacyach na zwłokach (w osobnym budynku), x) pomieszczenie na oddział chorych prywatnych profesora z uwzględnieniem wszelkich potrzeb, y) pomieszczenie dla pogotowia poliklinicznego.

II. Obok profesora powinien być ustanowiony stały lekarz naczelny kliniczny, zastępca profesora, a zarazem jego adjunkt. Na stanowisko to powinien być powołany profesor nadzwyczajny, albo docent prywatny położnictwa i ginekologii. Profesorowi temu należałoby prócz działalności w klinice powierzyć wykłady z fizyologii ciąży, połogu i porodu i naukę o sposobach badania położniczo-ginekologicznego.

III. Z lekarzy pomocniczych: Dwaj asystenci naukowi: jeden dla mikroskopii, chemii, drugi dla rentgenologii; posady te powinny być powierzane profesorom nadzwyczajnym lub docentom prywatnym. Dwaj asystenci kliniczni dla położnictwa. Trzej asystenci kliniczni dla ginekologii. Jeden dla polikliniki.

IV. Powinna być wprowadzona instytucya wychowanków klinicznych.

V. Trzy akuszerki kliniczne i odpowiednia liczba służby.

VI. Ustanowienie osobnego referenta administracyjnego klinicznego, któryby opracowywał referaty do władz, prowadził administracyę kliniczną, miał w ewidencyi inwentarz kliniczny i zbiory, prowadził rachunki z dotacyi klinicznych i wykonywał zlecenia profesora.

VII. Klinika, pracownie i cały personal kliniczny prócz wychowanków powinien być wydatnie dotowany.

B) Z punktu widzenia katedry położnictwa i ginekologii powinien całokształt studyów lekarskich uledz następującym zmianom:

I. Okres czasu dla objęcia całokształtu nauk lekarskich powinien być rozłożony conajmniej na lat sześć.

II. Należy ograniczyć źle pojmowane swobody uniwersyteckie uczniów bez ograniczenia autonomii uniwersyteckiej, skrócić czas na ferye główne letnie, półroczne i w czasie świąt kościelnych, zaprowadzić ścisłą kontrolę obecności uczniów na wykładach i ukrócić swobodę opuszczania wykładów i uczęszczania do pracowni.

III. Wszystkie przedmioty co do ważności powinny być równo traktowane, wszystkie powinny podlegać egzaminowi. Natomiast co do przedmiotów, które dzisiaj były mniej ważne i jako nieobowiązkowe wykładane, zniżyć przy egzaminach wymagania egzaminatora do pewnej wysokości.

IV. Podzielić studya na trzy dwuletnie okresy: pierwszy okres — nauk wstępnych, drugi — nauk przygotowawczych, trzeci — nauk praktycznych.

V. Egzamina wszystkie powinny być praktyczne i teoretyczne. Egzamin pierwszy w ostatnich dwu tygodniach IV pół

rocza. Egzamin drugi w ostatnich dwu tygodniach VIII półrocza. Ostatni egzamin w następnym roku po uzyskaniu absolutoryum.

VI. Termin zdawania I i II rygorozum powinien być wyznaczany imiennie przez dziekanat na dany dzień. Dowolne zgłaszanie się do tych dwu egzaminów powinno być zniesione. Kandydat, który się zgłosi do egzaminu lub nie uzyska stopnia dostatecznego, traci prawo do wpisania się na następny okres nauk lekarskich.

VII. Zmienić ugrupowanie przedmiotów, wykładanych na poszczególnych półroczach, tak aby w drugim okresie nauk znalazły pomieszczenie wszystkie nauki przygotowawcze do studyum praktycznego. Osobno traktowana nauka postępowania jałowego tak dobrze wśród prac teoretycznych i w działalności klinicznej. Nadto nauka rentgenologii. W tym okresie też jako przedmiot przygotowawczy powinna być pomieszczona klinika propedeutyczna, na którąby przyjmowano przypadki, do wszystkich nauk praktycznych należące, w celu wyćwiczenia uczniów w praktycznem badaniu chorych.

VIII. Stworzyć nową ustawę, mocą której objęcie urzędowania w służbie publicznej byłoby możebne dopiero w rok po uzyskaniu stopnia akademickiego i po wykazaniu się, że rok ten był spędzony na pracy lekarskiej praktycznej w służbie szpitalnej, albo w trzy lata dopiero po uzyskaniu stopnia akademickiego, jeżeli lekarz odrazu po uzyskaniu stopnia akademickiego oddał się wyłącznie praktyce prywatnej.

IX. Unormować drogą ustawową stosunek klinik uniwersyteckich do szpitali krajowych tak, aby wymagania katedr praktycznych co do materyału potrzebnego dla celów dydaktycznych i naukowych doznały zupełnego uwzględnienia.

Analizy chemiczne wód mineralnych z uwzględnieniem jonizacyi i hydrolizy składników.

Podał

Doc. Dr M. Seńkowski.

(Wykład na III Zjeździe balneologów polskich w Krakowie 5 maja 1914.)

Nadzwyczaj proste i jasne prawa gazów idealnych były fundamentem, na którym tysiące pracowitych rąk budowało przez cały wiek dziewiętnasty wspaniały gmach nowoczesnej chemii. Fundament był silny, lecz jego wielkość była skończona, to też i wysokość gmachu musiała być ograniczona. Coraz częściej zdarzało się, że brakło miejsca do umieszczenia nowej cegiełki, coraz bardziej okazywała się potrzeba rozszerzenia fundamentów wiedzy. Stan gazowy, to tylko jeden z trzech stanów materyi, istnieją jeszcze dwa inne, to też konieczną rzeczą okazało się rozszerzyć prawa gazowe na stan płynny i stały lub wyszukać inne prawa, któreby te stany obejmowały.

Zachowanie się gazów względem ciśnienia i temperatury, doświadczalnie wykazane przez Boylego i Gay'Lussaca, doprowadzają do prostego wzoru $pv = \frac{p_0 v_0}{273} T = RT$. Jeżeli do badania weźmiemy tyle gramów związku chemicznego, jaki jest jego ciężar drobinowy, czyli, jak to Ostwald nazwał, weźmiemy jeden »mol«, wówczas objętość jakiegokolwiek gazu wyniesie 22,412 litrów pod ciśnieniem jednej atmosfery, a R przybierze stałą wartość 0,0821. Zrównanie gazowe stało się punktem wyjścia najważniejszych teoryi chemicznych, w szczególności prawa Awogadry i kinetycznej teoryi gazów mimo, że prawo to ma tylko ograniczone i przybliżone znaczenie. W szczególności polega ono na fałszywem przypuszczeniu, że drobiny gazu nie mają objętości, że są punktami matematycznymi i że ku sobie nie ciążą, wbrew prawu Newtona.

W ósmem dziesięcioleciu w. XIX van der Waals uwzględnia te dwa czynniki i jego zrównanie, charakterystyczne dla gazów, przybiera kształt: $\left(p + \frac{a}{v^2}\right)\left(v - b\right) = RT$. — a. jest współczynnikiem zależnym od ciążenia drobin ku sobie, b. zaś zależnym od wielkości drobiny. Dla gazu o nizkiem ciśnieniu, a dużej objętości a. i b. są znikająco małe, to też wyrazy $\frac{a}{v^2}$ i b. zbliżają się do zera, a zrównanie przybiera kształt $pv = RT$.

Przez zmniejszenie v wyraz $\frac{a}{v^2}$ staje się coraz większy, a przez równoczesne obniżenie T gaz przekracza punkt krytyczny i przechodzi w stan płynny. Wyraz $\frac{a}{v^2}$ wskutek zmniejszenia mianownika przybiera mimo, że a jest małe, olbrzymią wartość, dochodzącą do tysięcy atmosfer. To kuśrodkowe ciążenie drobin ma znaczenie w późniejszem wyjaśnieniu, jak należy pojąć prężność osmotyczną.

Zadziwiająca pomysłowością teorya rozczynów nie powstała odrazu. Biologiczne badania Pfeffera, de Vriesa, badania Raoulta, a z drugiej strony Faradaya, Hittorfa, Helmholtza, składały cegiełka po cegiełce materyał, z którego gienialni budowniczowie, van t'Hoff, Ostwald, Arrhenius i Nernst, przy stosowaniu ścisłych metod doświadczalnych i matematycznych zbudowali gmach wspaniały, jednym śmiałym rzutem myśli wytłumaczyli zawiłe zjawiska tak jasno i ściśle, że niewiele podobnych przykładów znajdziemy w rozwoju nauk przyrodniczych. Teorya van t'Hoffa powiada, że ciało rozpuszczone wywiera w pewnych warunkach ciśnienie zwane osmotycznem, równe ciśnieniu, jakieby to ciało w stanie gazowym wywierało na ściany naczynia w identycznych warunkach objętości i ciepłoty, i że prawa gazowe w całej pełni znajdują zastosowanie w pomiarach prężności osmotycznej, że więc $pv = RT$.

Jakież to są warunki, wśród których możemy stwierdzić prężność osmotyczną? Aby stwierdzić siłę ciągnienia i zmierzyć ją, musimy jej przeciwważyć inną siłę odwrotnie działającą, np. siłę elastyczności, albo też tak ułożyć warunki, aby siła ciążenia wykonywała pracę, n. p. w zegarze.

Gaz zamknięty np. we flaszce stalowej niczem na zewnątrz nie objawia swej prężności, o ile tylko ściany flaszki ją przeważają. Gdy założymy manometr, wtedy możemy zmierzyć prężność gazu, przeciwstawiając jej siłę sprężyny, gdy połączymy flaszkę z motorem pneumatycznym, możemy uzyskać pracę. W prężności osmotycznej rolę flaszki stalowej odgrywa wewnętrzne przyciąganie drobin rozczynnika, dochodzące, jak poprzednio powiedziałem, do tysięcy atmosfer. Wobec tego prężność osmotyczna w zwykłych warunkach nie może się na zewnątrz objawić. Jeżeli zbiornik gazowy połączymy ze zbiornikiem pustym, wtedy gaz przejdzie do tego drugiego, a przy przejściu tem możemy uzyskać pewną ilość pracy mechanicznej $A = RT . ln \frac{p_1}{p_2}$. Jeżeli na zgęszczony rozczyn np. cukru nalejemy wody, wtedy po pewnym czasie wbrew sile ciążenia płyny się wymieszają.

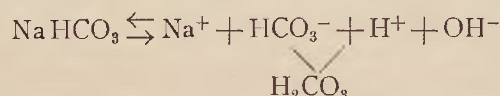
Jeżeli dwa naczynia połączymy ścianką, która przepuszcza tylko rozczynnik, a nie przepuszcza ciała rozpuszczonego, czyli ścianką wpółprzepuszczalną, to znaczy, jeżeli zrównoważymy ciążenie dośrodkowe rozpuszczalnika, wtedy okaże się różnica na manometrze, którą Pfeffer, używając błon ze siarkocyanku miedzi, dokładnie oznaczył. Różnica ta występuje powoli z powodu międzydrobinowego tarcia cieczy. Jak gaz rozprężany przez maszynę da nam pewną ilość pracy mechanicznej, tak samo ciało rozpuszczone, rozprężając się, może nam dać pracę w formie energii mechanicznej, albo, jeżeli ciało rozpuszczone będzie elektrolitem, w formie energii elektrycznej (Nernst).

Już Pfeffer zauważył, że sole, kwasy i zasady, rozpuszczone w wodzie, wyłamują się z pod wymienionego prawa, że ich prężność osmotyczna jest większa, niż to odpowiada prawu van t'Hoffa. Ciała te posiadają jeszcze inną własność, z całkiem innej dziedziny wiedzy; ich rozczyny przewodzą prąd elektryczny, one są elektrolitami. I znów trzeba było jednego genialnego błysku myśli wielkiego uczonego norweskiego Arrheniusa, ażeby rozmaite obserwacye i pomiary, dokonywane od początku XIX wieku, zebrać w jedną śmiałą hipotezę. Sole, kwasy i zasady rozkładają się w rozczynie wodnym na atomy lub grupy atomów, obdarzone ładunkiem elektrycznym dodatnim lub ujemnym, które już Faraday nazwał jonami. Tylko że Faraday przypuszczał, iż jony tworzą się dopiero pod wpływem prądu elektrycznego, gdy tymczasem Arrhenius, ze ścisłością, właściwą nowoczesnym obserwacyom i teoryom, przyjmuje tworzenie się jonów już w chwili rozpuszczenia, względnie rozcieńczenia rozczynu. Według Arrheniusa rozcieńczony rozczyn np. soli kuchennej nie zawiera drobin NaCl, lecz jony Na i Cl. Niepojętem w tej teoryi było, w jaki sposób oddzielne atomy sodu i chloru mogą istnieć obok siebie wobec silnego powinowactwa tych ciał do siebie. Trzeba tu jednak uwzględnić, że nie mamy do czynienia po prostu tylko z atomami, lecz z atomami, obdarzonymi jednym lub kilku ładunkami elektrycznymi zależnie od wartościowości, a ładunki te są ową siłą, pozwalającą różnym atomom istnieć obok

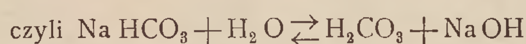
siebie. Jeżeli zobojętnimy ładunki na naelektryzowanej elektrodzie, wtedy jony zmieniają się na atomy i następuje elektroliza rozczynu.

Dyssocyacya elektryczna zależna jest od różnych warunków. Przedewszystkiem ważną rolę odgrywa rozczynnik. Woda okazuje się najsilniejszą z powodu wysokiej stałej dielektrycznej, a kwasy i zasady tem łatwiejszej ulegają dyssocyacyi, im są silniejsze. Siła kwasu (aviditas) jest wyrazem jego zdolności dyssocyacyjnej, kwasy słabe, np. węglowy, siarkowodorowy, krzemowy, ulegają dyssocyacyi w bardzo nizkim stopniu; kwas solny o zawartości jednego mola w 32 litrach istnieje w 97% w postaci jonów, kwas octowy w 2,4%, a kwas węglowy, siarkowodorowy, krzemowy w zaledwo oznaczalnym ułamku.

Sama woda, zupełnie czysta, jest do pewnego stopnia zdyssocyonowana. Zawartość H^+ w czystej wodzie wynosi $0,8.10^{-7}$, co odpowiada jednemu gramowi jonów wodoru w 12 milionach litrów wody. Ta malutka ilość jonów wodorowych względnie wodorotlenowych wystarcza jednak, aby spowodować rozkład soli słabych kwasów lub słabych zasad na kwas i zasadę np.



$$NaHCO_3 \leftrightarrows Na^+ + HCO_3^- + H^+ + OH^- \quad (HCO_3^- + H^+ \to H_2CO_3)$$



$$\text{czyli } NaHCO_3 + H_2O \rightleftarrows H_2CO_3 + NaOH$$

Teorye o prężności osmotycznej i dyssocyacyi elektrycznej, tak nadzwyczajnie płodne w następstwa, wyszły z obserwacyi biologicznych, lecz wkrótce potężną falą wróciły do biologii. Badanie czynności wydzielniczej gruczołów, zjawiska elektryczne, kurczenie się mięśni i t. d. tłómaczymy dziś na podstawie tych teoryi. Na szczególną uwagę zasługuje uwzględnienie dyssocyacyi elektrycznej w farmakologii. Działanie jakichkolwiek soli, kwasów lub zasad jest działaniem sumarycznem poszczególnych jonów. W jeszcze wyższym stopniu odnosi się to do leczenia wodami mineralnemi. Z bardzo małymi wyjątkami są wody mineralne rozczynami rozcieńczonymi soli, które, o ile są solami silnych kwasów i zasad, znajdują się w stanie całkowitej lub prawie całkowitej dyssocyacyi. Sole słabych kwasów np. węglowego, siarkowodorowego, krzemowego, ulegają częściowej lub całkowitej hydrolizie, a wtedy obok wolnych jonów może się znaleźć wolny jon hydroksylowy i wolny kwas.

Kwasy dwuzasadowe, np. węglowy lub siarkowodorowy, ulegają dyssocyacyi stopniowej, najpierw na H^+ i HCO_3^-, później na $H^+ H^+$ i CO_3^{--}. Doświadczenie wykazuje, że pierwszy wodór jonizuje się względnie łatwo, drugi znacznie trudniej, że więc w wodach znajdują się przedewszystkiem jony HCO_3^- HS^- i t. d.

Wyrażanie zawartości składników w jonach, a nie w nierozłożonych, często dowolnie przyjętych solach w niczem nie zmienia postępowania przy analizie. Jestto tylko kwestya rachunku: w miejsce ciężaru drobinowego soli uwzględniamy ciężar jonu, który niczem się nie różni od ciężaru atomu lub grupy atomów. Ciężar elektronu, jako przenośnika ładunku elektrycznego wynosi 1/2000 ciężaru atomu wodoru, to też różnicy ciężaru jonu i atomu nie możemy spostrzedz.

Przedstawienie analiz wód w jonach, lubo nie zmienia poglądu na wartość wody, ma przecież swoje znaczenie. Przedewszystkiem odpowiada właściwemu składowi wody. Wody mineralne z małym wyjątkiem surowic są rozczynami rozcieńczonymi, to też sole znajdują się tam w stanie zupełnej lub prawie zupełnej dyssocyacyi elektrycznej. Drugi ważny szczegół, to sprawa przedstawiania wartości wody. Chodzi np. o zawartość jodu. W jednej wodzie jest jod oznaczony jako jodek sodowy, w drugiej jako potasowy, w innej jako magnowy, a gdy ktoś chciał wody porównać, musiał dopiero żmudnie przerachowywać.

W badaniach fizykochemicznych, szczególnie tyczących się gazów i rozczynów, jako jednostkę objętości przyjmują powszechnie litr, jako zaś jednostkę wagi danego związku chemicznego mol, t. j. wielkość drobinową wyrażoną w gramach. Jednostką stężenia będzie zatem mol w litrze. Mole jonów jednowartościowych są zarazem gramorównoważnikami, ponieważ równoważą się nawzajem, np. mol chloru z molem sodu. Równoważniki jonów 2, 3, i t. d. wartościowych są 2, 3, i t. d. razy mniejsze. Np. mol SO_4^{--} równoważy dwa mole Na, więc równoważnik SO_4^{--} jest $\frac{SO_4^{--}}{2}$. Ponieważ wody mineralne są rozczynami zwykle bardzo rozcieńczonymi, używamy w rachunku jednostek tysiąc razy mniejszych, nazywając je milimolami i milirównoważnikami.

Nowoczesna analiza obejmuje zatem tablicę zawartości jonów dodatnich i ujemnych, tablicę milimolów i tablicę milirównoważników. Suma milirównoważników dodatnich musi się równać sumie ujemnych. Poza tem wymieniamy słabe kwasy, jako niezdyssocyonowane, np. kwas krzemowy, lub też jako rozpuszczone gazy, np. siarkowodór lub bezwodnik węglowy wolny. W tem przedstawieniu tkwi mała pomyłka, ponieważ siarkowodór we wodzie jest w pewnym małym stopniu zdyssocyonowany, tak samo i kwas węglowy, stopień dyssocyacyi jest jednak tak mały i tak zależny od innych czynników, np. ciepłoty, że wygodniej go nie uwzględniać. Nadto dodajemy jeszcze jedną tablicę, określającą zawartość soli, jakieby trzeba rozpuścić w czystej wodzie, aby otrzymać rozczyn przybliżony do wody mineralnej. Ta ostatnia tablica jest identyczna z tablicami w dawnych analizach.

Dołączone tu analizy wód rabczańskich dokładnie objaśniają nowoczesne poglądy na skład wód mineralnych.

Analiza zdroju Maryi (obliczona z tablicy związków)

W jednym litrze wody znajduje się:

Kationy	gramy	mili-mole	mg. równoważniki
Jon litu Li^+	0,0048	0,68	0,68
sodu Na^+	9,3458	408,48	408,48
potasu K^+	0,0815	2,10	2,10
wapnia Ca^{++}	0,1610	4,05	8,16
magnezu Mg^{++}	0,0373	1,54	3,08
baru Ba^{++}	0,0041	0,03	0,06
żelazawy Fe^{++}	0,0015	0,03	0,06
manganawy Mn^{++}	0,0006	0,01	0,02
			422,58
Aniony			
Jon chloru Cl^-	13,9165	395,59	395,50
bromu Br^-	0,0573	0,72	0,72
jodowy J^-	0,0368	0,31	0,31
wodorowęglanowy HCO_3^-	0,8248	13,62	13,62
węglanowy CO_3^{--}	0,3577	6,00	12,00
siarkanowy SO_4^{--}	0,0161	0,17	0,34
	24,8374	833,33	422,58
Kwas metakrzemowy H_2SiO_3	0,0328	0,42	
	24,8802	833,75	

Skład wody odpowiada w przybliżeniu rozczynowi zawierającemu w jednym litrze:

Chlorku potasowego	0,1301
Chlorku sodowego	22,8654
Jodku sodowego	0,0456
Bromku sodowego	0,0738
Wodorowęglanu sodowego	1,1362
Węglanu litowego	0,0253
Węglanu wapniowego	0,4022
Węglanu magnezowego	0,1292
Węglanu barowego	0,0059
Węglanu manganawego	0,0012
Węglanu żelazawego	0,0032
Siarkanu potasowego	0,0293
Kwasu metakrzemowego	0,0328
	24,8802

nadto ślady jonu boranowego.

Analiza zdroju Rafaeli (obliczona z tablicy związków)

Kationy	gramy	moli-mole	mg. równoważniki
Jon litu Li^+	0,0052	0,76	0,77
sodu Na^+	9,3737	409,68	409,68
potasu K^+	0,0817	2,10	2,10
wapnia Ca^{++}	0,1948	4,91	9,82
baru Ba^{++}	0,0042	0,03	0,06
magnezu Mg^{++}	0,0819	3,39	6,78
żelazawy Fe^{++}	0,0021	0,04	0,08
manganawy Mn^{++}	0,0005	0,01	0,02
			429,30

Aniony

Jon chloru Cl^-	13,9524	396,60	396,60
bromu Br^-	0,0567	0,71	0,71
jodu J^-	0,0388	0,31	0,31
wodorowęglanowy HCO_3^-	0,8017	13,24	13,24
węglanowy CO_3^{--}	0,5207	8,76	17,52
siarkanowy SO_4^{--}	0,0441	0,46	0,92
	25,1585	841,00	429,30
Kwas metakrzemowy H_2SiO_3	0,0292	0,37	
	25,1877	841,37	

Skład wody odpowiada w przybliżeniu rozczynowi zawierającemu w jednym litrze:

Chlorku potasowego KCl	0,0871
Chlorku sodowego $NaCl$	22,9583
Jodku sodowego NaJ	0,0459
Bromku sodowego	0,0730
Wodorowęglanu sodowego $NaHCO_3$	1,1047
Węglanu litowego Li_2CO_3	0,0276
Węglanu wapniowego $CaCa_3$	0,4867
Węglanu magnezowego $MgCO_3$	0,2836
Węglanu barowego $BaCO_3$	0,0060
Węglanu żelazawego $FeCe_3$	0,0044
Węglanu manganawego $MnCO_3$	0,0011
Siarkanu sodowego Na_2Se_4	0,0801
Kwasu metakrzemowego H_2SiO_3	0,0292
	25,1877

nadto ślady jonu boranowego.

(Rękopis złożony Redakcyi w czerwcu 1914).

Wiadomości zawodowe.

W sprawie spirytusu dla lekarzy zawiadamia Izba lekarska zachodnio-galicyjska, że już przyznano przydział do 31 sierpnia 1918. Skoro spirytus przydzielony istotnie nadejdzie, Izba poda to niezwłocznie do wiadomości, poczem lekarze będą mogli za asygnatami Izby otrzymywać go ze składnic. Dla oznaczenia składnic zechcą koledzy na prowincyi porozumieć się ze sobą i zawiadomić Izbę, gdzieby dla każdej z okolic najdogodniej było składnicę urządzić. Do jednej składnicy musi należeć kilka powiatów. Na każdego z lekarzy przypadnie przeciętnie przeszło 2 litry spirytusu do palenia miesięcznie (o ile transporty regularnie będą nadchodzić). Spirytus czysty (alkohol) mogą lekarze otrzymywać tylko na recepty z aptek.

W dzienniku ustaw państwowych ogłoszono rozporządzenie ministeryalne z 17. grudnia 1917, tyczące się **zwalczania zimnicy**. Rozporządzeniem tem zaliczono zimnicę do chorób podlegających obowiązkowi zgłoszenia, a temsamem dopuszczono stosowanie także względem zimnicy środków ochronnych, objętych ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych. Doniesienia o przypadkach zimnicy mają być czynione tylko ustnie albo pisemnie. Odosobnienie chorych na zimnicę będzie konieczne w razie pojawienia się zachorowań w okolicach dotychczas wolnych od zimnicy, a nawet w okolicach, w których zimnica przed niedawnym czasem jeszcze występowała epidemicznie. Odosobnienie ma być w ten sposób wykonane, ażeby osoba odosobniona miała osobny pokój, w którym drzwi są zaopatrzone podwójnem zamknięciem siatkowem, a okna siatkami, względnie łóżko chorego jest otoczone gęstą siatką, chroniącą od komarów. Wreszcie powyższe rozporządzenie ministeryalne daje możność zastosowania środków celem tępienia przenośników zimnicy, t. j. komarów z rodziny widliszów (anopheles). Takie zarządzenia tylko wtedy mogą mieć racyę, jeżeli dają pewne widoki powodzenia i jeżeli wykonalność ich nie ulega wątpliwości; dlatego też Ministerstwo spraw wewnętrznych zastrzegło sobie decyzyę w każdym szczegółowym przypadku.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wyznaczone na 20. II., na którem miał się odbyć wykład dr. Weissglasa i inż. Thora o kształceniu inwalidów, musiało być odłożone z przyczyn niezależnych od prezydyum Towarzystwa i od prelegentów.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Józef Chmiel, rodem ze Strzyżowa w Galicyi.

Warszawa. Lekarze i medycy-legioniści, internowani w Benjaminowie, założyli 21. VIII. 1917 Towarzystwo lekarskie celem uzupełniającego wykształcenia lekarskiego. Lekarzy członków jest 10, medyków 8. Posiedzenia odbywają się 2 razy w tygodniu; odbyło się dotąd 38 posiedzeń z 12 odczytami i 83 referatami (Gaz. lek. 7.)

— W Dyrekcyi służby zdrowia (ul. Marszałkowska 154) można zasięgać wiadomości o wakujących stanowiskach lekarskich: w Opocznie (lekarz epidemiczny do walki z durem plamistym, płaca 1000 k. miesięcznie), w Łęczycy (lekarz naczelny szpitala zakaźnego, płaca 5000 mk. rocznie), w Stawiskach, Kossowie (lekarz szpitalny), Czerwińsku, Błoniu. (Gaz. lek. 7.)

— Towarzystwo higieny praktycznej im. B. Prusa (Żórawia 21) ogłasza konkurs im. dr. Chełchowskiego na 1—1½ arkuszową broszurę popularną z terminem do 1. czerwca b. r., a nagrodami 185, 126 i 65 marek. Temat dowolny, Towarzystwo zaleca jednak następujące: 1) Ratujcie niemowlęta. 2) Trzeba mieszkać po ludzku: dobre mieszkanie — zdrowie, złe mieszkanie — choroba. 3) Dobra studnia. 4) Co ma dać dziecku szkoła ludowa. 5) Jak wyzyskać gnojówkę, a zdrowiu nie zaszkodzić.

Zmarli: Dr. Wacław Szreder w 53 r. życia, Dr. Marceli Sawicki w 51 r. ż., w Warszawie; z duru plamistego: Dr. Julian Zaleski w 64 r. ż. w Lipnie, Dr. Michał Brüner w 60 r. ż. w Warszawie, Dr. Zygmunt Zawadzki, lekarz naczelny szpitala zakaźnego w Łęczycy, w 53 r. ż. na dur brzuszny; Dr. Jan Dłutek, p. o. lekarza powiatu grójeckiego, w 35 r. ż. na dur osutkowy.

Redakcya otrzymała: Prof. Dr. Korczyński 1) Unter dem Symptomenbilde von Bauchparatyphus verlaufende, nicht paratyphöse Erkrankungen. (Klin. ther. Woch.) 2) Allgemeine Betrachtungen zur Deutung des vegetativen Tonus und der vegetativen Neurosen (Mediz. Klinik 1917). 3) Statistisches über Bauchtyphus. 4) Eitrige Typhusmeningitis. (Wiener klin. Woch. 1917). — Prof. Dr. Godlewski: Plazma i jądro w początkowych okresach rozwoju embryonalnego (Akad. Umiej. Kraków 1917)

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 ko 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 2. marca 1918 Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału zakaźnego szpitala powszechnego we Lwowie.

Wyniki zastosowania szczepionki przeciwpłoniczej Gabryczewskiego w latach 1909—1914.

Podała

Dr. Marya Fijałkowska-Strzelecka

lekarka oddziałów zakaźnych lwowskiego szpitala powsz.

(Częściowo podług odczytu w Wileńskiem Towarzystwie lekarskiem).

Jako długoletnia lekarka z zakresu chorób wewnętrznych i dziecięcych w Wileńskim Zarządzie kolei poleskich, miałam bardzo wiele do czynienia z dziećmi, pomiędzy którymi były częste przypadki zachorowania na płonicę. W rodzinach tych, przeważnie średnio lub mniej zamożnych, o ile zdarzały się podobne przypadki, o odosobnieniu chorego nie można było myśleć, dlatego też w razie zachorowania jednego dziecka i inne przeważnie zapadały na płonicę; a wiadomo, jak wielką klęskę dla społeczeństwa stanowi płonica, której śmiertelność przewyższa sumę śmiertelności wielu innych chorób, a częste stosunkowo powikłania pozostawiają nieraz ślady na całe życie. Przypadki płonicy w rodzinach służby kolejowej były bardzo niepożądane także ze względu na długą przerwę w pracy służbowej rodziców: o ile bowiem w mieszkaniu urzędnika kolejowego zachorował ktoś na płonicę, musiałam ze względów higienicznych żądać bezwarunkowo od administracyi kolejowej urlopowania tego urzędnika na cały czas choroby, co nieraz w rodzinie, składającej się z kilkorga dzieci, trwało kilka miesięcy.

Z tych względów bardzo chętnie chwyciłam się myśli zapobiegania za pomocą szczepień Gabryczewskiego szerzeniu się tej epidemii, w czem znalazłam czynne poparcie naszego naczelnego lekarza.

Gabryczewski wprowadził szczepionkę w 1905 r. w celu zapobiegania ciężkim przypadkom płonicy. Do każdej flaszeczki ze szczepionką dodany bywa opis wyrobu i stosowania szczepionki. Należy zwrócić uwagę, że opis ten redagowany był w 1905—1908 r., t. j. w okresie największego zastosowania leczniczej surowicy Mosera. Opis ten brzmi, jak następuje:

»Szczepionka płonicza jest to zgęszczona bulionowa hodowla paciorkowców, otrzymanych z przypadków płonicy; paciorkowce zabija się przez ogrzewanie do 60° C i dodanie 0,5% kwasu karbolowego. Każda serya szczepionki przed oddaniem do użytku bywa wypróbowana w instytucie na 10 dzieciach i stosownie do otrzymanego wyniku do każdej seryi dodaje się odpowiednie wskazówki dawkowania«.

»Szczepionka służy jako środek ochronny — nie leczniczy — przeciw zakażeniu paciorkowcami przy płonicy«.

»Flaszeczkę ze szczepionką należy najpierw przed użyciem wstrząsnąć, aby otrzymać równomierne zmętnienie, a po nabraniu do wyjałowionej strzykawki wstrzyknąć podskórnie w okolicę brzucha lub pleców. Szczepionkę należy obowiązkowo wstrzykiwać trzy razy z przerwami 7-dniowemi. Stosować należy mniej więcej następujące dawki: Dla dzieci od 0 do 2 lat 0,1 ctm. sz., od 2—5 lat 0,2 ctm., od 5—10 lat 0,3 ctm., od 10—15 lat 0,4 ctm.; dla dorosłych pierwsza dawka nie powinna przewyższać 0,5 ctm. Dawki te należy zmniejszać odpowiednio do rozwoju ustroju i stanu zdrowia. W razie bardzo silnego działania po pierwszem wstrzyknięciu należy przy powtórnem nie powiększać dawki. Jeśli nastąpiło działanie mierne, to dawkę powiększa się $1^1/_2$ raza, a przy słabszem działaniu — 2 razy; to samo w porównaniu z drugiem uwzględnić należy przy trzeciem wstrzyknięciu. Ponieważ siła szczepionki rozmaitych seryi jest rozmaita, przeto należy wszystkie 3 szczepienia robić z tej samej seryi. Podczas ciąży stosować mniejsze dawki. Przy zapaleniu nerek i podwyższonej ciepłocie nie stosować szczepionki«.

»Po wstrzyknięciu szczepionka działa ogólnie: podwyższenie ciepłoty, ogólne osłabienie, czasami nawet wymioty; miejscowe działanie przejawia się przez opuchnięcie, bolesność i przekrwienie w miejscu wstrzyknięcia; czasami bywa osutka, podobna do płoniczej, w gardle zaczerwienienie błon śluzowych. Wszystkie te objawy znikają bez śladu w ciągu 1—3 dni. Lekarze powinni uprzedzić o możliwości wystąpienia tych objawów. W miejscu wstrzyknięcia pozostają czasami guzki w ciągu 2—4 tygodni. Szczepionkę najwłaściwiej stosować *przed* wybuchem epidemii; w rodzinach, gdzie są już chorzy na płonicę, należy koniecznie połączyć wstrzykiwanie szczepionki z przeciwpłoniczą surowicą Mosera w ilości 25—50 ctm sz., która daje w porównaniu ze szczepionką odporność, krócej trwającą, ale rychlej występującą, gdyż zastosowanie samej tylko szczepionki w okresie wylęgania choroby może źle wpłynąć na jej przebieg. Wtedy pierwszy raz należy jednocześnie, lecz w różnych miejscach wstrzyknąć i szczepionkę i surowicę; następnie zaś stosować tylko szczepionkę. W rodzinach, gdzie są chorzy na płonicę, samej tylko szczepionki stosować nie można. Z tej samej flaszeczki można brać szczepionkę kilkakrotnie przy zastosowaniu odpowiednich warunków czystości. Szczepionkę przechowywać należy koniecznie w chłodnem miejscu (do 6 miesięcy); w ciepłem miejscu lub po zamarznięciu traci na wartości«.

Pomijając teoretyczne podstawy stosowania szczepionki jako rzecz znaną, przechodzę odrazu do opisu mych spostrzeżeń.

Zaczęłam stosować szczepionkę w końcu 1909 r., gdy w ubogiej rodzinie, składającej się z 6 małych dzieci, zachorowała najstarsza 12-letnia dziewczynka. Rodzice nie zgodzili się umieścić chorej w szpitalu; wstrzyknęłam jej przeciwpłoniczą surowicę Blumenthala, (równoznaczną z surowicą Mosera, która wtedy miała szerokie zastosowanie), a rodzeństwu szczepionkę Gabryczewskiego. O jakiemkolwiek odosobnieniu i mowy być nie mogło. Po paru dniach zachorował 6-letni chłopiec. Pozostałym czworgu wstrzyknęłam raz, drugi i trzeci szczepionkę w przerwach tygodniowych. Przebieg choroby dwojga dzieci chorych był zupełnie normalny. Pozostałe czworo dzieci (szczepione trzy razy) nie zachorowały.

Następny przypadek płonicy zdarzył się w zabudowaniach rządowych, zamieszkałych przez niższą służbę kolejową. Zabudowania te składały się z jednego małego piętrowego domku, zawierającego 6 małych jednopokojowych mieszkań i 3-piętrowego domu, zawierającego koło 60 takich samych mieszkań; mieszkania te na każdem piętrze miały jeden wspólny korytarz. W obydwu tych budynkach mieszkało przeszło 60 rodzin, z liczbą dzieci koło 180.

W małym budynku w połowie marca 1910 r. zachorował 6-letni chłopiec z Pińska, przywieziony dla leczenia w lecznicy Pasteurowskiej w Wilnie. Chorego odesłałam do szpitala, zarządziłam odkażenie pokoju, a dzieci z małego budynku w liczbie 12 zaszczepiłam 3-krotnie szczepionką Gabryczewskiego. Wkrótce potem zachorował w dużym budynku na III. piętrze 12-letni syn woźnego. Chorego umieściłam w szpitalu, mieszkanie poddałam

odkażeniu, a wszystkie prawie dzieci, po wyłączeniu tych, które już przebyły płonicę i jednego małego z gorączką, 3-krotnie zaszczepiłam. Niedługo zachorował właśnie ten 8-miesięczny chłopczyk — syn woźnego, mieszkającego na tem samem trzeciem piętrze, co i poprzedni chory; dziecka tego, jak wyżej wspomniałam, z powodu stanu gorączkowego nie szczepiłam; odwieziono je do szpitala, gdzie przeleżało przeszło dwa miesiące, ulegając rozmaitym powikłaniom płonicy (otitis media purulenta, absc. retroauricul.) Więcej dzieci w gmachu służbowym nie chorowało. Szczepionych było w dużym gmachu 135, a w małym budynku 12.

W końcu marca tegoż 1910 r. w rodzinie urzędnika kolejowego, składającej się z 10 dzieci, zachorował najstarszy 16-leni uczeń gimnazyalny. Zawiadomiono mnie o tem dopiero wtedy, gdy drugi 12-letni chłopiec był prawie beznadziejnie chory, a starszy w okresie łuszczenia i zapalenia nerek. U innych ośmiorga zastosowałam szczepionkę; z nich dwoje po pierwszem szczepieniu zapadło na płonicę, ale przeszło ją w bardzo lekkim stopniu (prawie chodząc), pozostałe — 3 razy szczepione, nie chorowały, pomimo ciągłej łączności z chorymi; o zastosowaniu jakichśkolwiek warunków higienicznych i mowy być nie mogło w tak biednej rodzinie, gdzie dzieci leżały literalnie w barłogu, bez prześcieradeł i sienników.

W połowie czerwca 1910 r. w rodzinie telegrafisty, składającej się z dwóch chłopców i dwóch dziewczynek, zachorowała 12-letnia, najstarsza z rodzeństwa, z nadzwyczaj groźnymi objawami ogólnymi i miejscowymi w gardle; zastosowałam surowicę przeciwbłoniczą i przeciwpłoniczą i odesłałam chorą do szpitala, gdzie zmarła w trzecim dniu choroby. Pozostałym trojgu zaszczepiłam szczepionkę Gabryczewskiego, lecz na drugi dzień po zachorowaniu starszej i mała trzyletnia dziewczynka zapadła na płonicę piorunującą, a leczona w domu wkrótce zmarła. Chłopców szczepiłam drugi i trzeci raz w odstępach pięciodniowych (nie tygodniowych). Chłopcy nie zachorowali.

Miałam jeszcze kilka podobnych przypadków, gdzie dzieci szczepione nie chorowały, pomimo że były w bezpośredniej styczności z chorymi. Wszystkich tych przypadków nie opisuję, gdyż są one analogiczne do wyżej podanych. Nadmienię tylko, że rodzice, widząc niewątpliwie korzystny wpływ szczepień, sami mnie niemal prosili o nie i o krótszą przerwę pomiędzy szczepieniami, którą też, na zasadzie poprzednich doświadczeń, stosowałam.

Zasługuje na uwagę przebieg choroby u szczepionych. Naprzykład w końcu października 1910 r. zachorował 3-letni chłopiec; czworgu małym dzieciom z jego rodzeństwa zaszczepiłam szczepionkę Gabryczewskiego; najstarszego 16-letniego nie szczepiłam. Po pierwszem szczepieniu wszystkie dzieci zachorowały w ciągu 5 dni, t. j. przed drugiem szczepieniem, a także i 16-letni nieszczepiony; pierwszy 3-letni chłopiec umarł w czwartym tygodniu choroby z powodu powikłań; najstarszy 16 l. (nieszczepiony) miał zapalenie nerek; innych troje, szczepionych raz jeden, chorowało bez żadnych powikłań.

Wyjątkowo zdarzały się też przypadki zachorowania po trzykrotnem szczepieniu: 12-letnia dziewczynka zachorowała na płonicę w 3 tygodnie po ostatniem szczepieniu. Początek choroby był dość groźny, lecz na trzeci dzień ciepłota zaczęła opadać, od piątego zupełnie już była prawidłowa, a cały przebieg choroby był bardzo lekki, bez powikłań. Wkrótce potem zachorowała młodsza siostra tej chorej, nie szczepiona, gdyż leczyliśmy ją przed paru laty jako chorą na płonicę; przebieg u niej był bardzo ciężki. Koleżanka starszej dziewczynki, szczepiona 3-krotnie, również zachorowała, lecz przebieg był zupełnie normalny, a chora bardzo szybko powróciła do zdrowia. Czworo młodszych dzieci szczepionych nie chorowało.

W roku 1911 miałam w paru rodzinach przypadki płonicy, które się ograniczyły do jednego dziecka po zastosowaniu u reszty szczepionki. Przypadków śmiertelnych nie było. To samo i w r. 1912: w kilku rodzinach, gdy po zachorowaniu jednego dziecka zastosowałam u reszty szczepionkę, więcej zachorowań nie było. W tym też roku zwracano się do mnie z prośbą o powtórzenie szczepień ochronnych, robionych przed 2 laty; prośby te oczywiście wypełniłam. Głównie szczepiłam wtedy znowu dzieci niższej służby kolejowej, zamieszkałej w owych dwóch budynkach rządowych. Wogóle dzieci i rodzice oswoili się już z tymi zabiegami na wzór szczepień ospy.

W lecie 1913 r. zachorowało na płonicę czworo dzieci w rodzinie tego kolejarza, gdzie poraz pierwszy w swej praktyce w końcu 1909 r. zdecydowałam się zastosować szczepionkę; dzieci te zachorowały bardzo lekko i z trudnością tylko dały się utrzymać czas jakiś w łóżku.

Na krótko przed wojną w 1914 r. porzuciłam służbę kolejową w Wilnie, przenosząc się do Lwowa; od tego czasu nie mam żadnej wiadomości od swych długoletnich pacyentów.

Ogółem wszystkich szczepień zrobiłam przeszło 1000 u 435 dzieci, a mianowicie:

230	dzieci szczepiłam trzykrotnie	690
135	znowu trzykrotnie po 2 latach w zabudowaniach służby kolejowej	405
40	dzieci po 2 razy	80
30	dzieci raz szczepionych	30
435	dzieci	1205 szczepień.

Wiek szczepionych tak się przedstawia:

od 0	do 2	lat	27	dzieci
— 2	— 5	—	113	—
— 5	— 10	—	265	—
— 10	— 12	—	19	—
— 12	— 16	—	11	—
			435	dzieci

Wszystkie dzieci przebyły szczepienia prawie niepostrzeżenie z lekkiem podwyższeniem ciepłoty i słabym odczynem miejscowym. U trojga tylko dzieci, po zastosowaniu seryi Nr. 70, pojawiła się osutka w rodzaju wietrznej ospy, która po kilku dniach znikła bez śladu. Szczepiłam przeważnie na brzuchu na zewnątrz od linii środkowej, gdyż miejsce to bardziej, niż rękę, zabezpieczyć można od uderzeń i wogóle od wstrząśnień. Miałam kilka szczepień na ręku, połączonych z silną bolesnością i obrzękami. Zresztą miejsce szczepienia nie odgrywa żadnej roli; zależy od przyzwyczajenia wykonawcy.

Opisane tu przypadki tak się przedstawiają co do rodzin:

I
1 zachorowało nieszczepione, w domu leczone, wyzdrowiało
1 zachorowało po pierwszem szczepieniu, w domu leczone, wyzdrowiało
4 szczepionych trzy razy, nie chorowały
6 dzieci; 2 chorowało i wyzdrowiało.

II
1 zachorowało nieszczepione, wysłane do szpitala, wyzdrowiało
12 szczepionych nie chorowało
13 dzieci; 1 chorowało nieszczepione.

III
1 nieszczepione chorowało, wysłane do szpitala wyzdrowiało
1 nieszczepione chorowało, wysłane do szpitala wyzdrowiało (powikłania)
135 szczepionych trzy razy, nie chorowało
137 dzieci; z tych 2 nieszczepionych, chorowało.

IV
2 chorowało nieszczepione, wyzdrowiało w domu (b. ciężkie powikłania)
2 zachorowało po pierwszem szczepieniu (bardzo lekko)
6 trzy razy szczepionych, nie chorowało
10 dzieci; chorowało 4 (z tego 2 szczepionych chorowało b. lekko).

V
1 dziecko nieszczepione chorowało, leczone w szpitalu, zmarło
1 szczepione raz jeden chorowało, w domu leczone zmarło
2 szczepionych trzy razy, nie chorowało
4 dzieci; 2 chorowało i zmarło (z tych 1 raz szczepione).

VI
1 nieszczepione, chorowało, wyzdrowiało
2 szczepionych nie chorowało
3 dzieci; z tych 1 chorowało, nieszczepione.

VII
1 nieszczepione, zachorowało i zmarło
1 nieszczepione zachorowało, wyzdrowiało (zapalenie nerek)
4 szczepionych raz jeden chorowało b. lekko
6 dzieci; wszystkie chorowały, z tych 1 zmarło.

VIII
1 szczepione trzy razy, chorowało bardzo lekko
1 nieszczepione, chorowało bardzo ciężko (otit. med. pur., absc. retroauric)
2 dzieci chorowało — 1 szczepione i 1 nieszczepione

IX
1 szczepione 3 razy, chorowało bardzo lekko
4 szczepionych 3 razy nie chorowało
5 dzieci szczepionych 3 razy, z tych 1 chorowało

A więc ze wszystkich 186 dzieci, znajdujących się w bezpośredniej łączności z ogniskami zarazy, chorowało 21 (nieszczepionych 11; raz jeden szczepionych 8 i trzy razy szczepionych 2), z czego zmarło 3 dzieci (1 dziecko raz szczepione).

Mamy więc dowód dość przekonywający, że dzieci, szczepione trzy razy, przeważnie nie ulegały zakażeniu, pomimo ciągłej styczności z chorymi. Przypadek zachorowania (nb. z przebiegiem bardzo lekkim) dwu szczepionych trzykrotnie dziewczy-

nek można wytłumaczyć w ten sposób, że zapewne zbyt mała była dawka w stosunku do wieku (12—13 lat).

W latach następnych po szczepieniu pomimo zatrważającej epidemii w Wilnie miałam pomiędzy swoimi szczepionymi tylko dwa bardzo lekkie przypadki (u szczepionych dwa razy), co stanowczo przypisuję dobroczynnemu wpływowi szczepionki Gabryczewskiego.

Co do podanych tu szczegółowiej przypadków muszę zaznaczyć, że z początku dokonywałam szczepień w wyjątkowo trudnych warunkach. Gabryczewski radzi stosować szczepionkę przed wybuchem epidemii w danej rodzinie, zwracając uwagę, że szczepionka, stosowana w okresie wylęgania choroby, może źle wpływać na jej przebieg. W takich razach radzi Gabryczewski (odpowiednio do zapatrywań ówczesnych) w celu leczniczym jednocześnie ze szczepionką stosować surowicę Mosera. Ja zaś mogłam stosować już tylko po pojawieniu się płonicy w rodzinie szczepionkę samą bez surowicy Mosera, nie mogąc przytem odosobnić chorego; wszędzie warunki higieniczne były jaknajgorsze: rodziny przeważnie liczne (dzieci 10, 6, 5) gnieździły się w jednej, dwu izbach, a w ogólnym gmachu rządowym wszystkie rodziny skupione były razem. Na drogą surowicę Mosera lub analogiczną do niej surowicę Blumentala zdobyć się nie było można.

Jak wyżej wspomniałam, w ciągu roku, t. j. od października 1909 do października 1910, zachorowało 21 dzieci ze 186, znajdujących się ze sobą w ciągłej styczności; z tych 21 dzieci 8 było raz jeden szczepionych. W następnych latach miałam tylko sporadyczne przypadki zachorowania, bez przypadków śmierci. Zrozumiałą jest rzeczą, że jednorazowe szczepienie od zachorowania zabezpieczyć nie może; takie dzieci traktować należy, jako nieszczepione, gdyż szczepienie otrzymały one już w okresie wylęgania. Właściwie więc należy wziąć w rachubę tylko 2 dzieci (t. j. szczepione trzy razy) na ogólną liczbę 186 dzieci, co stanowi 1,07%.

Lekki przebieg choroby u dzieci raz szczepionych dowodzi, że zabieg ten nawet w okresie wylęgania choroby niebezpieczeństwa nie przedstawia, co jest bardzo ważnem stwierdzeniem, gdyż daje większą swobodę działania. Spostrzeżenie to jest bardzo ważne jeszcze i dlatego, że dowodzi zupełnej zbędności surowicy Mosera. Odnosi się zaś wrażenie, że nawet jednorazowe szczepienie Gabryczewskiego łagodzi przebieg choroby.

Gabryczewski podaje, że szczepionkę należy wstrzykiwać obowiązkowo trzy razy z przerwami tygodniowemi, mnie zaś nieraz wypadało ograniczyć przerwę do 5 dni; później, gdy się to okazało korzystne, chętnie skracałam przerwy do 5 dni (tak samo i dr. Czarkowski w Warszawie skracał przerwę), co stanowi znaczne udogodnienie, szczególnie w tych przypadkach, w których odosobnienie nie może być zastosowane.

Streszczając wszystko, dochodzę do następujących wniosków:

1) Szczepienie metodą Gabryczewskiego przebiega łagodnie;

2) zmniejsza możliwość zakażenia lub też łagodzi przebieg choroby;

3) może być stosowane w okresie wylęgania w przerwach 5-dniowych.

Z powodu braku miejsca opuszczam[1]) tutaj przegląd piśmiennictwa o szczepionce Gabryczewskiego, który opracowałam dla uzupełnienia mej niniejszej publikacyi. Wspomnę tylko o doświadczeniach i zapatrywaniach badaczy polskich.

Czarkowski z Roszkowskim podali w r. 1911 — 79 przypadków szczepień, w roku zaś 1913 opisał Czarkowski wyniki szczepień u 230 osób (szczepionki pochodziły z warszawskich pracowni dr. Palmirskiego i dr. Serkowskiego). Aby uniknąć odczynu, stosował Czarkowski dawki nieco mniejsze od poleconych przez Gabryczewskiego, a przerwy między szczepieniami skracał do 3—4 dni. Z 66 rodzin, w których Czarkowski wykonał szczepienia, 37 rodzin zajmowało tylko jeden pokój, 13 — dwa pokoje, 13 — trzy pokoje, a tylko 3 — więcej pokoi; odosobnienie więc było tylko wyjątkowo możliwe. Ze szczepionych zachorowało 11 osób, z nich 4 po jednem szczepieniu, 2 po dwu, 5 po 3 szczepieniach, przebieg jednak był naogół bardzo lekki. Równocześnie w tychsamych rodzinach chorowało na płonicę przeszło 80 osób nieszczepionych, z nich 36 bardzo ciężko, a 5 zmarło. 92% szczepionych nie uległo zakażeniu. Czarkowski dochodzi wogóle do wniosku, że szczepionka w małych dawkach jest bezwarunkowo nieszkodliwa, że zapobiega rozwojowi choroby u osób, które nie mogą być odosobnione, a łagodzi przebieg płonicy u osób, szczepionych w okresie wylęgania, a nawet w czasie jej przebiegu.

Krukowski szczepił w r. 1911 podczas epidemii 100 dzieci trzykrotnie w odstępach pięciodniowych. Ze szczepionych nie zachorowało żadne dziecko, chociaż wśród ich rodzeństwa były przypadki zachorowania (i śmierci), a odosobnienia nie przeprowadzono i dzieci szczepione sypiały razem z choremi.

W kijowskiem Towarzystwie lekarzy polskich wywołała sprawa szczepionki Gabryczewskiego w r. 1913 żywe rozprawy. Jako zwolennicy szczepień wystąpili tam Chomicz i Piotrowska, jako przeciwnicy Sągajło, Gilewicz; zdaje się jednak, że ani jedna, ani druga strona nie rozporządzała liczniejszemi spostrzeżeniami własnemi.

Prof. Kučera, proszony przezemnie o wypowiedzenie swego zapatrywania na szczepionkę Gabryczewskiego, oświadczył, co następuje: »1) Szczepionka ta jest teoretycznie uzasadniona, jako szczepienie przeciw najpoważniejszemu i najzgubniejszemu powikłaniu płonicy. 2) Poważne statystyki przeważnie rosyjskich autorów stwierdzają z jednej strony, że szczepienia te żadnych szkodliwych następstw za sobą nie pociągają; z drugiej strony przemawiają one za korzystnym wpływem szczepionki Gabryczewshiego na przebieg epidemii. 3) Wobec tego jest uzasadnione, ażeby szczepionkę tę wypróbować także na naszym terenie i popierać chętnych pracowników w tym kierunku. 4) Ponieważ jednak sprawy wartości szczepionki Gabryczewskiego za ostatecznie rozstrzygniętą uważać nie można, należy poddawać szczepieniom tylko te osoby, które dobrowolnie okażą chęć do tego zabiegu«.

Z obcych piśmiennictw zawiera bardzo wiele prac o szczepionce Gabryczewskiego piśmiennictwo lekarskie rosyjskie; żywiej zajęto się tą sprawą także w Ameryce.

W Rosyi stosowano szczepionkę nieraz w dziesiątkach tysięcy razy (Danilow, Testiakow) z dodatnim wynikiem. W większości przykładów stosowano szczepionkę 1 lub 2 razy, w bardzo niewielu przypadkach 3 razy, pomimo że na 3-krotne stosowanie Gabryczewski kładł główny nacisk. Wszyscy badacze rosyjscy stwierdzają całkowitą nieszkodliwość szczepień. Niektórzy autorowie powstrzymują się od stanowczej oceny szczepionki, jako środka ochronnego, jednakże uważają dalsze próby za konieczne (Rumiancew, Gołąb, Rajkoma, Władimirow G. E.) Więcej jest takich, którzy przyznają szczepionce nieocenione usługi, gdyż zmniejsza ona częstość zakażenia i odsetek śmiertelności, przytem uznają ją za środek tani, łatwy do zastosowania także ambulatoryjnie, dzięki czemu w razie epidemii nie trzeba zamykać szkół (Jemeljanow, Smirnow, Lelikin, Dorofejew, Samarin, Czifczejew, Kałmanowski, Selichowska i w zbiorowej pracy Busz, Iziemski, Rusakow, Gejlingen).

Podając wyniki moich spostrzeżeń, chciałabym pobudzić do jaknajszerszego zastosowania szczepionki, co może z czasem doprowadzić do jej wydoskonalenia. Należałoby więc na szeroką skalę stosować szczepionkę u dzieci od ½ roku życia, powtarzając szczepienia co 2 lata do 16—18 roku życia; później już, jak wiadomo, ustrój ludzki bardziej jest odporny na płonicę, a w razie zachorowania przebieg jest znacznie lżejszy.

Częste powtarzanie szczepień zrażać nie powinno, gdyż analogicznie postępujemy co do ospy, gdzie szczepienia wymagane wprawdzie w znaczniejszych odstępach lat, ale nawet wiek sędziwy od nich nie uwalnia.

Dopiero po pewnym cyklu takich szczepień przeciwpłoniczych możnaby wydać całkowicie sprawiedliwą ocenę szczepionki Gabryczewskiego. Myślę, że obecnie, ze względu na tak rozpowszechnione szczepienia przeciw cholerze i durowi brzusznemu, ludność przyjmie ze zrozumieniem propozycyę szczepienia przeciwpłoniczego.

Piśmiennictwo. 1) Czarkowski i Roszkowski. Przegląd pedyatr. 1911. T. III. — 2) Czarkowski. Medycyna i Kronika lek. 1913. Nr 47. — 3) Krukowski. tamże. — 4) Sobolew. Wraczebn. Gaz. 1909, (58 szczepionych, z nich tylko 1 zmarło). — 5) Watters. Journ. of the Americ. med. Association 1912. Vol. 68 p. 546. (21 szczepionych z 2·7% zachorowań, 14 nieszczep. z 35·7% zachorowań). — 6) Dyskusya w Towarzystwie lekarzy polskich w Kijowie. Przegląd lek. 1913 Nr 28. — 7) Beniamin. Therap. Monatsh. 1913 Nr 2. — 8) Smith. Boston med. and surg. journ. 1910. 162. 242. — 9) Daniłow. Russki Wracz. 1908. (Statystyka 37.000 szczepień, zebrana z piśmiennictwa; ogólne wnioski ko-

[1]) Na życzenie Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

rzystne). — 10) Mokiejew, tamże. — 11) Rumiancew, tamże (1088 szczepień u 862 dzieci; wrażenie dodatnie). — 12) Gołąb. tamże (370 szcz. u 171 dz.; chorowało 5, lekko). — 13) Jemeljanow. Wracz. Gazeta 1909. (317 szczepionych; żadne nie zachorowało). — 14) Smirnow, tamże (455 szczepionych; zachorowało 7). — 15) Dorofejew, tamże (144 szcz., zachor. 2). — 16) Władimirow, tamże. — 17) Zelikin, tamże (751 szcz., zachor. 4 († 1 po szczepieniu jednorazowem)). — 18) Samarin, tamże (497 szcz., zachor. 2 († 1)). — 19) Czifczejew. Prakt. Wracz. 1909 (312 szcz., zachor. 5 († 3)). — 20) Werchow. Wr.-san. chronika Saratowsk. gub. 1910 (789 szczepionych; chorowało szczepionych 3·7% (z tych † 6%), a nieszczepionych 5·7% († 17·5%)). — 21) Cykowa, tamże (721 szcz., chor. 14). — 22) Testiakow. Chark. med. żurn. 1910. — 23) Łangowoj. Med. Obozr. 1911 (przeszło 1000 szcz., wyniki pomyślne). — 24) Lewin. Wr.-san. chron. Ekaterin. gub. 1911. (115 szczep., zachor. 1). — 25) Władimirow. Arch. f. Kinderheik. 1911. T. 56. — 26) Kalmanowski. Wr.-san. chron. Sarat. gub. 1911. (287 szcz., wyniki dobre). — 27) Selichowska. Wraczebn. gaz. 1913.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Wojna a częstość niektórych schorzeń szczególniej chirurgicznych wśród ludności cywilnej.

Podał

Dr Wilhelm Türschmid,

kierownik szpitala.

Góralskie wsie od nastania wojny opustoszały z mężczyzn zupełnie. Góralski materyał ludzki, opalony słońcem, zahartowany mrozem, ćwiczony wiatrem halnym, przedstawiał się przed wojną okazale, a orla odwaga, jastrzębia przebiegłość i zwinność i nieprzeciętna inteligencya, cechująca górali, były przyczyną tego, że górali brano prawie wszystkich do wojska, tworząc z nich sławne górskie brygady, składające krwawe hekatomby na ołtarzu wojny. Nic też dziwnego, że dziś po wsiach zdrowy mężczyzna to rzadkość, a mieszkańcami górskich dziedzin — kobiety, dzieci, starcy, inwalidzi i nieliczna garstka zwolnionych. Brak mężczyzn zwalił siłą rzeczy całą ciężką pracę na roli na barki pozostałych, t. j. głównie kobiet i dzieci. Już to samo odbić się musiało na ogólnej zdrowotności pozostałej cywilnej ludności — nie mówiąc o innych zgubnych dla zdrowia następstwach wojny.

Kobieta, pozostawiona nieraz na kilkunastomorgowem gospodarstwie sama, zdana na własne siły, często obarczona wielką liczbą dzieci, jęła się pracy około gospodarstwa rolnego, pracy, przewyższającej nieraz zasób jej sił. I tem tłumaczyćby należało niepomierny wzrost częstości ciężkich schorzeń serca u kobiet [jaki w ostatnich czasach spostrzegam] z objawami poważnej niedomogi mięśnia sercowego lub też przedwczesnego występowania miażdżycy tak tętnic wieńcowych serca, jakoteż i tętnicy głównej.

Prócz kobiet pozostały w domach dzieci bez odpowiedniej ojcowskiej opieki i dozoru, narażone przez to na częste wypadki z powodu samowoli innych dzieci, już też zmuszane do ciężkiej ponad siły pracy rolnej, z którą nie były dotąd należycie obznajomione. Tem też tłumaczyć należy wielką obfitość zranień i okaleczeń dzieci i niedorostków, jaką w ostatnich latach wojny spostrzegam; i tak gdy w r. 1914 leczono w tutejszym szpitalu ogółem 12 przypadków zranień i okaleczeń dzieci, liczba ta już w r. 1915 wzrosła przeszło w dwójnasób, utrzymując się na tej wysokości w dalszych latach wojny.

Jak to słusznie nadmienia König [1]), wyraźny jest też wpływ wojny na zwiększenie się ilości występujących, względnie z różnych przyczyn zgłaszających się do operacyi przypadków przepuklin wolnych u ludności cywilnej. Jednej z przyczyn tego szukać należy w ciężkiej natężającej pracy tej ludności, przyczem wzmożone napięcie mięśni brzusznych przy pracy może u osób, do pracy ciężkiej nie nawykłych, jak dzieci i kobiet, — stać się przyczyną wtłaczania jelit i otrzewnej do predylekcyjnych miejsc dla przepuklin, tembardziej że druga z przyczyn, t. j. brak odpowiedniego pożywienia i co za tem idzie wycieńczenie i zanik tkanki tłuszczowej, tej prawidłowej zapory wrót przepuklinowych, — stwarza »puncta minoris resistentiae« dla przepuklin.

Kiedy jeszcze w latach 1914 i 1915 operowano w tutejszym szpitalu 23 przypadki przepuklin wolnych, w latach 1916 i 1917 operowałem ich 36.

Co do przepuklin zauważyłem, co podnosi także Hofmann [2]), wzrost częstości uwięźnięć przepuklin, i to nierzadko wśród objawów bardzo prędkiej zgorzeli jelit. Przyczynę tego upatruje Hofmann raz w zaniku tkanki tłuszczowej z powodu wycieńczenia, powtóre w zaburzeniach trawienia skutkiem nieodpowiedniego pożywienia.

Jak podaje tenże Hofmann, liczba przepuklin uwięzłych w latach wojny przeszło podwójnie się zwiększyła, co mogę i na podstawie własnych spostrzeżeń potwierdzić, bo gdy w r. 1914 stosunek operowanych przepuklin wolnych do uwięzłych przedstawiał się jak 2 : 1 — już w r. 1915 wynosił 1 : 2.

Zmiana pożywienia ludności cywilnej na niekorzyść, nieodpowiedniość tegoż pożywienia, często szkodzące zdrowiu domieszki do chleba, mąki i t. p. stosunki, pogarszające się z dnia na dzień i będące przyczyną rozlicznych niedyspozycyi jelitowych, znalazły też swój wyraz w niepomiernym wzroście ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego, nieraz bardzo złośliwych, nierzadko z szybko następującem przebiciem i ogólnem zapaleniem ropnem otrzewnej. Dość wspomnieć, że gdy w r. 1914 operowano w szpitalu nowotarskim 8 przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego, w r. 1916 operowałem ich już 21, a w obecnym r. 1917 do tej chwili 23.

Wpływ wojny na wzrost innych niechirurgicznych chorób ludności cywilnej (gruźlica, choroby kobiece, nerwowe, umysłowe) pomijam, a wspomnieć tylko muszę o bardzo znacznem wzmożeniu się liczby ciężkich ropnych spraw powłok, nierzadko wiodących do głębszego ropienia, ropowic i t. p.

Przyczyny tego szukaćby należało również w upośledzeniu odżywiania; a co za tem idzie w zmniejszeniu odporności, po drugie może w drożyźnie i utrudnionem zakupywaniu mydła (często bezwartościowego) i w spowodowanym przez to brudzie powłok skórnych. W r. 1914 czyraków, świerzbów i wyprysków skórnych ropiejących leczono w tutejszym szpitalu wszystkiego 8 przypadków, w r. 1915—23, — w r. 1916—30, w r. 1917—48!

Na zakończenie podam jeszcze fakt dla naszego Podhala nader smutny — niestety pewno dziś wszędzie spotykany — to katastrofalne wprost wzmożenie się częstości chorób wenerycznych, i to głównie kiły (każda cyganka w licznych w tutejszym powiecie osadach cygańskich cierpiała lub cierpi dziś na kiłę!), nieoszczędzającej nawet dzieci i ludności żydowskiej.

[1]) König: Eingeweidebrüche und Krieg. Deutsche m. Woch, 1917. H. I.

[2]) Hofmann: Krieg und chirurgische Erkrankungen der Zivilbevölkerung. Münch. med. Woch. 1917 Nr 35.

O toksycznem działaniu toluolu.

Podał

Roman Leszczyński.

Przypadkowe spostrzeżenie, jakie zrobiłem co do trującego działania toluolu na mysz białą, skłoniło mnie do bliższego zbadania tego działania na ustrój zwierzęcy, zwłaszcza, że w literaturze nie znalazłem zupełnie badań w tym kierunku.

Badania moje zostaną przedstawione szczegółowo w Rozprawach Akademii Umiejętności; w niniejszym artykule ograniczę się do podania wyników.

Doświadczenia z zatruciem toluolem wykonałem w krakowskim Zakładzie patologii ogólnej na myszach białych, świnkach morskich, żabach i królikach, wprowadzając toluol dożylnie, podskórnie, do otrzewnej, przez wdychanie i zgłębnikiem do żołądka.

Po wstrzyknięciu 0,1 cm^3 toluolu do jamy brzusznej myszy białej, wagi 20 gr., występują u niej drgawki całego ciała wraz z ogonem i sinica. Oprócz drgawek stwierdzamy równocześnie zniesienie odruchów na zadrażnienie dotykowe, bólowe i kwasowe, obok niezdolności wykonywania ruchów dowolnych.

W zatruciu, wywołanem wprowadzeniem toluolu królikowi do żołądka, odruchy są tylko osłabione.

Niezdolność wykonywania ruchów dowolnych, jakoteż zniesienie odruchów nie polega w tem zatruciu ani na porażeniu nerwów obwodowych, ani też na porażeniu mięśni, gdyż zadrażnienie prądem faradycznym obwodowego odcinka nerwu kulszowego u myszy białej lub żaby sprowadza skurcz łapki.

W zatruciu toluolem nie zachodzi porażenie rdzenia kręgowego, gdyż przeciwko temu przemawiają drgawki. Mamy tu natomiast porażenie czucia (jak o tem świadczy brak wszelkich odruchów), oraz porażenie ośrodków psychomotorycznych, które występują daleko wcześniej, niż porażenie czynności ruchowych rdzenia kręgowego.

W zatruciu dożylnem toluolem następuje śmierć wśród drgawek, przyczem zaznaczyć należy, że źrenica zachowuje swoją szerokość, jaką miała za życia. Jeżeli dawka toluolu przekracza tę dawkę minimalną, która wywołuje natychmiastową śmierć (ta minimalna dawka wynosi 0,6 cm³ na kg wagi królika), to na sekcyi znajdujemy zakrzepy w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i zawały krwotoczne w płucach.

Przyczyną tych zakrzepów i zawałów jest hemoliza, która zachodzi przy bezpośredniem zetknięciu się toluolu z ciałkami czerwonemi. Wskutek hemolizy przedostają się cholestearyny i lecytyny osłonki ciałek czerwonych do krwi i wywołują jej krzepnienie. Według bowiem J. Bordeta i L. Delangea oraz E. Zaka substancye lecytynowe w ogólności niepomiernie zwiększają krzepliwość krwi.

Ciśnienie krwi w zatruciu wśródżylnem toluolem opada powoli do zera, przyczem skurcze serca stają się coraz bardziej niewidoczne na krzywej ciśnienia krwi. To zachowanie się ciśnienia krwi, (które w przypadku, gdy przyczyną śmierci jest uduszenie, podnosi się), jakoteż brak porażenia ośrodka parasympatycznego źrenicy (które w uduszeniu ujawnia się rozszerzeniem źrenicy) — świadczą, że śmierć następuje tutaj z innego powodu, niż uduszenie.

Pierwotną przyczyną śmierci w zatruciu wśródżylnem toluolem jest porażenie serca, które nie pozwala na to, by zaburzenia w oddychaniu, które tutaj niewątpliwie po części zachodzą, mogły odbić się na krzywej ciśnienia krwi.

W zatruciu toluolem, wprowadzonym do żołądka, stwierdzamy następujące zmiany:

1) Ciśnienie krwi opada.

2) Uciskanie aorty, tuż ponad przeponą, podnosi ciśnienie krwi, jednak nie do poziomu prawidłowego.

3) W miarę postępującego zatrucia podniesienie ciśnienia krwi, jako odczyn na ucisk aorty, jest coraz mniejsze.

4) Również zmniejsza się stopniowo odczyn ciśnienia krwi na duszenie.

5) Zmniejszenie tego odczynu na duszenie nie jest proporcyonalne do słabnącego odczynu na ucisk aorty: wskutek zatrucia toluolem słabnie odczyn ciśnienia krwi na duszenie więcej, niż odczyn na ucisk aorty.

Na tej podstawie należy przyjąć, że jakkolwiek w zatruciu toluolem, wprowadzonym do żołądka, czynność serca ulega w pewnym stopniu upośledzeniu, to jednak *główną przyczyną spadku ciśnienia krwi jest rozszerzenie naczyń.*

Dalsza analiza fizyologiczno-farmakologiczna daje następujące wyniki:

1) Duszenie przez 35″ jest bezskuteczne, gdy nerw trzewny, drażniony prądem faradycznym, zwęża naczynia.

2) Faradyzowanie nerwu trzewnego w dalszym okresie zatrucia nie zwęża naczyń.

Adrenalina jednak i $BaCl_2$ podnoszą jeszcze w tym okresie zatrucia ciśnienie krwi. Dopiero później znika odczyn mięśni naczyniowych na $BaCl_2$, ciała, które działa swoiście na mięśnie gładkie (Popielski). Co więcej, adrenalina przywraca odczyn na duszenie. Jeżeli przyjąć, że adrenalina działa głównie na łącznik mięśniowo-nerwowy (myoneural junctional tissue), to brak zwężenia naczyń na zadrażnienie faradyczne nerwu trzewnego, gdy same mięśnie naczyniowe oddziałują na działanie chlorku barowego, może świadczyć tylko o zmniejszeniu napięcia naczyniowego wskutek działania toluolu na obwodowy narząd naczyniowy.

Tak więc w zatruciu toluolem przez przewód pokarmowy zachodzi porażenie obwodowego narządu naczyniowego, a mianowicie porażenie tkanki jego nerwowej i mięśni naczyniowych. Porażenie tkanki nerwowej w obwodowym narządzie naczyniowym występuje wcześniej (co jest łatwo zrozumiałe ze względu na, że się tak wyrażę, lipotropizm toluolu), niż *zupełne* porażenie mięśni gładkich. Dawka śmiertelna toluolu, wprowadzonego do żołądka, wynosi 5,0 cm³ toluolu na kilogram wagi królika.

Toluol, wstrzyknięty podskórnie, wcale nie działa trująco. Wstrzyknięcie 22,0 cm³ toluolu śwince morskiej, wagi 350 gr, nie wywołuje żadnych zaburzeń. Toluol, wstrzyknięty podskórnie, sprowadza jedynie podrażnienie nerwów czuciowych (królik, któremu wstrzyknięto podskórnie toluol, krzyczy), nadto rozszerzenie naczyń, zmiany zapalne i ropienie aseptyczne. Podrażnienie nerwów czuciowych pod działaniem toluolu wiąże się ściśle z jego własnością wywoływania zapalenia. Słabe dalej wessanie tego ciała z tkanki podskórnej ułatwia jeszcze jego działanie zapalne. Działanie toluolu, rozszerzające naczynia, daje się spostrzegać na uchu królika, zwilżonem toluolem.

Wstrzyknięcie w ucho królika kilku dziesiętnych cm³ toluolu wytwarza po kilku dniach silny obrzęk tego ucha.

Również zmiany zapalne wywołuje wstrzyknięcie toluolu do jamy brzusznej. W jamie brzusznej bowiem stwierdzamy wtedy płyn krwawy, w którym ilość białka przenosi zawsze 3,71‰.

Świnka morska, wagi 500 gr, której nalano 40—50 kropli toluolu na maskę (przy równoczesnym dostępie powietrza) dostała po 15 minutach drgawek. Przy powiększeniu ilości kropli toluolu do 120 (ciągu kilku godzin) nastąpiła po 9 godzinach śmierć.

Badanie spektroskopowe krwi zwierząt (królików i świnek morskich), zatrutych toluolem jakąkolwiek drogą, nie wykazuje obecności żadnych nowopowstałych związków hemoglobiny.

Na podstawie doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, wnoszę, że w przypadkach zatrucia toluolem u ludzi byłoby korzystnem wstrzyknięcie dożylne adrenaliny.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 9 stycznia 1918.

(Dokończenie).

7) Kol. prezes *Krzyształowicz*, obejmując przewodnictwo, dziękuje za wybór, poczem skreśliwszy program na rok nadchodzący, oddaje głos kol. Hładijowi.

8) Kol. *Hładij* przedstawia przypadek operowany **tętniaka urazowego tętnicy podobojczykowej prawej**, przedstawiony już na posiedzeniu w dniu 7. listopada bezpośrednio przed zabiegiem. Tętniak sięgał ku wewnątrz do stawu mostkowo-obojczykowego, mniejwięcej dwa palce ponad obojczyk, poniżej zaś obojczyka schodził na 4 palce. Zabieg operacyjny, który wykonano w uśpieniu chloroformowo-eterowem, polegał 1) na przepiłowaniu obojczyka i rozchyleniu obydwu ramion, 2) próbowano odsłonić tętnicę podobojczykową powyżej tętniaka, schodząc pomiędzy tętnicę szyjną i żyłę szyjną w dół w kierunku do śródpiersia. Dostęp był znacznie utrudniony z powodu zbliznowacenia tkanek, tak że zoryentowanie się wśród warstw było bardzo utrudnione. Przy preparowaniu w głąb uległa naderwaniu żyła bezimienna w tem miejscu, gdzie żyła szyjna zlewa się z żyłą podobojczykową. Otwarciu żyły towarzyszył tak dobrze znany, a złowrogi syk wnikającego do naczynia powietrza. Krwotoku żadnego nie było; to było powodem, że w pierwszej chwili sądzono, że nie żyła, ale opłucna została otwarta. Dopiero po szczegółowem wypreparowaniu otoczenia (przy zamknięciu zapomocą palca otworze w naczyniu) przekonano się, że otwarta jest żyła na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ cm. Dla lepszego udostępnienia naddartej żyły wyłuszczono część mostkową obojczyka w stawie mostkowym i teraz dopiero udało się obejść żyłę bezimienną w śródpiersiu, zacisnąć dopływy palcem i na powstały otwór w cienkiej jak bibułka żyle założyć pięć szwów jedwabnych, a ponadto przykryć miejsce otworu w żyle kawałkiem mięśnia. Nadmienić trzeba, że zabieg operacyjny do tej chwili trwał z górą dwie godziny, a jeszcze tętnica podobojczykowa była niewypreparowana. Tak wiele czasu zajęło zaopatrzenie otworu w żyle. Zdaniem prelegenta jest to unikat w swoim rodzaju, że chory, mimo wyraźnego zatoru powietrznego, nie zginął. Że powietrze do żyły się dostawało, słyszeli nie tylko asystujący lekarze, ale także obecny w sali gość dr. Kożuchowski z Sosnowca. O wyszukiwaniu tętnicy w zbliznowaciałem śród-

piersiu i mowy nie było. Trzeba było jednakowoż załatwić się z tętniakiem. Ponieważ stan chorego był zupełnie dobry (dotychczas stracił minimalną ilość krwi), zdecydował się prelegent otworzyć worek tętniaka, co też uczynił. Po wyjęciu skrzepów udało się znaleźć natychmiast otwór w przestrzelonej tętnicy i zacisnąć go palcem. Worek tętniaka był wielkości dużej pięści dorosłego mężczyzny i rozprzestrzeniał się głównie pomiędzy klatką piersiową a łopatką. W tętnicy, kalibru grubego ołówka, otwór miał średnicy 2 mm. Otwór ten, po zaciśnięciu tętnicy powyżej i poniżej otworu, zamknięto dwoma szwami jedwabnymi. W klinice przestano przygotowywać specyalnie jedwab do szwu naczyniowego wedle przepisów Carella i Sticha, ale używa się jedwabiu karbolizowanego, namaczanego bezpośrednio przed założeniem szwów w gotowanej parafinie. Ranę w częściach miękkich spojono szwami katgutowymi, skórę jedwabnymi, wkładając tylko w najniższym punkcie rany mały sączek. Rana zagoiła się doraźnie, a brakująca część obojczyka odradza się z okostnej. Do zgorzeli kończyny nie doszło, chory został uleczony z tętniaka.

9) Kol. Hładij przedstawia przypadek **tętniaka postrzałowego tętnicy i żyły podkolanowej prawej**. Pod kolanem, w 4. tygodnie po zranieniu, powstał u chorego tętniak. Przy zabiegu operacyjnym stwierdzić było można, że pocisk nadwerężył przeciwległe ściany tętnicy i żyły. Doszło do sklejenia się ścian naczyniowych ze sobą, a krew tętnicza wylewała się szerokiem korytem do żyły (aneurysma arterio-venosum directum Subotič). Połączenie między tętnicą a żyłą znajdowało się tuż ponad rozgałęzieniem się tętnicy podkolanowej. Otwór sam miał około 1/2 cm średnicy. Po rozłączeniu na ostro naczyń od siebie zamknął prelegent otwór w tętnicy i żyle szwami jedwabnymi. Dla zabezpieczenia przed nawrotem, włożono pomiędzy tętnicę a żyłę kawałek mięśnia. Rana zagoiła się doraźnie, tętno w grzbietowej tętnicy stopy utrzymane. (Streszczenie własne).

10) Kol. Walter wygłosił wykład p. t.: **Znaczenie odczynu Wassermanna w kontroli sanitarnej prostytutek.** (Wykład będzie w całości ogłoszony drukiem).

W dyskusyi kol. prof. Krzyształowicz zaznacza, że sprawa, którą kol. W. poruszył, ma bardzo wielkie znaczenie dla higieny społecznej. Zgadza się na to, by wszystkie prostytutki, zapisywane na listę, były badane w kierunku odczynu Wassermanna, a w razie dodatniego wyniku leczone systematycznie. Przy przemianie dodatniego odczynu Wassermanna na ujemny mogłyby być leczone ambulatoryjnie. — Koniecznem jest, aby prostytutki w szpitalach były leczone oddzielnie od innych kobiet i by prostytutki znalazły w szpitalu takie warunki, żeby nie potrzebowały tam iść z odrazą i nie czuły się tak bardzo upośledzone, jak to jest dziś.

Posiedzenie dnia 23 stycznia 1918.

(w zakładzie fizyologicznym Uniw. Jagiell.)

Przewodniczący: prezes kol. Krzyształowicz, obecnych członków 45.

Przewodniczący wita obecnego na sali prof. Dra Cybulskiego i gościa kol. Adama Niepielskiego z Dąbrowy górniczej.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia,

I. Kol. Adam Niepielski przedstawił sposób użycia skonstruowanego przez siebie w 1915 r. **przyrządu,** służącego **do szybkiego i dokładnego określania ciężaru gatunkowego krwi,** moczu oraz innych płynów, cięższych lub lżejszych od wody przekroplonej. Prosta budowa przyrządu, jego małe rozmiary, pozwalające na przenoszenie i ustawienie w dowolnem miejscu, a zastosowanie wymagające nie więcej ponad 2—3 krople badanej krwi i 1 do 2 minut czasu — czynią przyrząd przydatnym nawet dla lekarza praktycznego, dając możność szybko i dokładnie określić tak ważny współczynnik, jakim jest ciężar gatunkowy krwi. Kol. Niepielski przeprowadza dalsze swe badania nad udoskonaleniem swego pomysłu w pracowni fizyologicznej prof. Cybulskiego i ma nadzieję, iż przy uczuleniu dostatecznem przyrządu, uda mu się utworzyć przy nim skalę, która będzie wykazywała przy danym ciężarze gatunkowym krwi liczbę erytrocytów przypadającą na 1 mm^3. Przyrząd Dra Niepielskiego zbudowany jest na zasadzie wagi nierównoramiennej.

W dyskusyi zabierał głos kol. prof. Cybulski, objaśniając sposób użycia przyrządu i jego znaczenie dla badań klinicznych.

II. Kol. doc. Seńkowski wygłosił następnie wykład p. t.: **Kolloidy w świetle nauki współczesnej.**

Sekr. dor. Dr Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

I. Przewodniczący zagaił posiedzenie, rozwijając program wspólnej pracy na r. 1918.

II. Demonstracya kol. Orzechowskiego odpadła z powodu choroby prelegenta.

III. a) Kol. Warchoł omawia ciekawy mechanizm **uwięznięcia sieci** w prawostromej przepuklinie udowej pod postacią pętli i przedstawia preparat po resekcyi uwięzniętej sieci, wykonanej przez prof. Schramma.

Chory lat 62, odżywienia dobrego, cierpi od 10 lat na przepuklinę udową i nosi stale pasek przepuklinowy. Od 4 dni po zdjęciu paska przepuklina nie dała się odprowadzić, powiększała się i stała się bardzo bolesną. Od tego czasu silne bóle w brzuchu, zwłaszcza w okolicy żołądka, brak wiatrów i stolca, odbijania i wymioty w pierwszych dwóch dniach. Chory przybył na oddział chirurgiczny z następującym stanem: Brzuch w całości wzdęty, powłoki brzuszne lekko napięte. W pachwinie prawej poniżej więzadła Pouparta guz wielkości pięści, mocno napięty, przy dotykaniu bolesny, z odgłosem wypukowym stłumionym. Ogólny stan chorego dość dobry. Po otwarciu worka przepuklinowego stwierdzono, że zawartość jego stanowi uwięznięta sieć, mocno zgrubiała i silnie przekrwiona, zbitości stałego guza. Przy dokładnem obejrzeniu przekonano się, że sieć tworzy pętlę (duplikaturę) szerokości około 12 cm., której oba końce znajdują się w jamie brzusznej. Pomimo znacznego rozszerzenia wrót przepuklinowych nie można było w żaden sposób wydobyć sieci z uwięznięcia. Wobec tego otwarto cięciem przyodbytniczem jamę brzuszną powyżej pachwiny, przyczem okazało się, że odcinek zstępujący uwięzniętej pętli sieciowej, zwisający z wrót przepuklinowych ku miednicy małej, tworzy duży, dość twardy guz, pozlepiany z otoczeniem. Guz ten po uprzedniem podwiązaniu i przecięciu ramienia wstępującego sieci uwolniono ze zrostów i wysunięto ręką, wprowadzoną do jamy brzusznej, przez wrota przepuklinowe. Następnie zamknięto ranę w powłokach brzusznych, do jamy brzusznej wprowadzono seton z gazy jodoformowej przez wrota przepuklinowe, zwężono szwem wrota i zeszyto powięź i skórę aż do miejsca wyprowadzenia setonu. Przebieg pooperacyjny całkiem dobry, chory w 11. dniu po operacyi opuścił szpital z raną zupełnie zgojoną.

Dla zrozumienia mechanizmu uwięznięcia sieci pod postacią pętli konieczne jest uwzględnienie jej stosunków anatomicznych. Sieć u dorosłych przykrywa fartuszkowato wszystkie pętle jelitowe i ma dolny brzeg bardzo nieregularny, tak że po obu jego bokach zwisają zazwyczaj dwa płaty różnej wielkości. W niektórych przypadkach płat prawostronny jest bardzo długi i sięga aż do miednicy małej (nosi nawet nazwę »ligamentum colicum Halleri«). Otóż w przedstawionym przypadku chorobowym można przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem, że płat sieci po stronie prawej sięgał aż do miednicy małej i był końcem zlepiony z otoczeniem. Wobec tego po zdjęciu paska przepuklinowego mogła sieć wpaść do worka nie, jak zwykle, swym końcem, lecz powyżej jego tak, że wytworzyła się z niej pętla. Silne obtłuszczenie się pierścienia sprowadziło w dalszym ciągu opisané zmiany zastojowe i zapalne tak w uwięzniętej pętli, jak i w jej odcinku obwodowym, zstępującym do miednicy.

Mechanizm uwięznięcia sieci pod postacią pętli jest zdaniem prelegenta nadzwyczaj rzadki i wyjątkowy, a to z następujących względów: 1) nie może powstać u małych dzieci, u których sieć przedstawia się pod postacią krótkiego trójkątnego płata, sięgającego do wysokości pępka; 2) wymaga szczególnych warunków (jakie przyjęto w przedstawionym wypadku), by wystąpić wśród stosunkowo rzadkich, bo około 5% stanowiących przypadków uwięznięcia przepukliny sieciowej.

Statystyka oddziału chirurgicznego dla dorosłych za ostatnie dwa lata przedstawia się następująco: Operowano ogółem 106 przypadków przepukliny uwięzniętej, z czego 13 przypadków śmiertelnych (12·3%). Jeżeli odliczymy jeden przypadek śmierci z powodu zapalenia płuc w 14 dni po operacyi, to śmiertelność po resekcyi jelita wynosiła tylko 25%. Ze względu na rodzaj przepukliny było 56 przypadków przepukliny udowej, z tego 8 przypadków śmiertelnych (14,3%); w 10 przypadkach resekowano jelito z powodu zgorzeli, przyczem 3 przypadki śmierci (30%), z tego jeden w 14 dni po resekcyi jelita z powodu zapalenia płuc, tak że śmiertelność po resekcyi wynosiła właściwie 20%. Operowano dalej 38 przypadków przepukliny pachwinowej, z tego 3 śmiertelne (7,9%); w jednym przypadku reseko-

wano jelito z powodu zgorzeli (chory wyzdrowiał); 9 przypadków przepukliny pępkowej, z tego jeden śmiertelny (11,1%); 2 przypadki przepukliny linii białej; 1 przypadek przepukliny zasłonowej (hernia obturatoria); chory zmarł w kilka godzin po operacyi z powodu zapalenia otrzewnej. — Ze względu na zawartość worka znaleziono: a) samo jelito w 70 przypadkach (66,04%), z tego jelito cienkie w 68 przypadkach, okrężnicę poprzeczną w jednym, kątnicę i jelito czcze w jednym przypadku, b) jelito w towarzystwie sieci w 30 przypadkach (28,15%), c) sam wyrostek robaczkowy w jednym przypadku (0,94%), d) samą sieć w 5 przypadkach (4,7%). (Autoreferat).

W dyskusyi: 1. Kol. Sołowij podnosi, że miał sposobność operowania przypadków, w których sieć była zrośnięta w miednicy małej, przytem jednak silnie napięta.

2. Kol. Schramm zauważa, że sieć w przypadku, opisanym przez prelegenta, musiała być zupełnie luźna i mogła wpaść do worka przepuklinowego pod postacią duplikatury.

3. Kol. Barącz wspomina o swoim przypadku przepukliny sieciowej, w którym wystąpiło wsteczne uwięźnięcie i okręcenie sieci naokoło osi w jamie brzusznej, a o którym kol. Warchoł nie wspomniał przy omawianiu odnośnych przypadków. Przypadek kol. Barącza, jeden z pierwszych opisanych, był przedstawiony i omawiany przed 19 laty w tem Towarzystwie i dotyczył 42-letniego mężczyzny, dotkniętego przepukliną sieciową, który po dźwignięciu ciężkiego kufra dostał napadów rozpromieniającego się bólu w pachwinie i objawów podrażnienia otrzewnej. Przy operacyi znaleziono w worku przepuklinowym do dna tegoż przyrośniętą sieć, która wypełniała worek i wchodziła przez kanał pachwinowy do jamy brzusznej. Przy herniolaparotomii okazało się, że dolna mocno zgrubiała, tłuszczem przerosła sieć uległa kilkakrotnemu okręceniu naokoło swej osi w jamie brzusznej i że krążenie w niej ustało, a sieć była w pierwszym okresie zgorzeli. Po resekcyi sieci w częściach zdrowych i wycięciu worka przepuklinowego nastąpiło trwałe wyleczenie. Mechanizm powstania tego skrętu tłumaczy kol. Barącz w sposób następujący: Dolna część sieci, stłuszczona i znacznie przerosła, przedtem częściowo wypełniająca worek przepuklinowy, która wskutek poprzednich zabiegów odprowadzania musiała już uledz częściowemu skręceniu, podczas dźwignięcia ciężaru wsunęła się nagle do jamy brzusznej i uległa przytem ponownemu skręceniu naokoło osi, które dopiero wywołało zupełne ustanie krążenia i początkującą zgorzel z szeregiem charakterystycznych objawów. (Autoreferat).

W dyskusyi przemawiał nadto kol. Pisek.

b) Kol. Warchoł przedstawia 15-letnią dziewczynę **z naczyniakiem limfatycznym** jamistym rozlanym powłok brzusznych. Chora zauważyła mniejwięcej przed 1½ rokiem guzowate zgrubienie na powłokach brzusznych po stronie lewej, które jej nie sprawiało żadnych dolegliwości. Dopiero przed kilku miesiącami powstało w tem miejscu owrzodzenie, z czasem powiększające się. Sprawy zapalnej na powłokach brzusznych nie przebywała nigdy i nie przypomina sobie żadnego urazu w tem miejscu. Stan chorej po przyjęciu na oddział przedstawia się następująco: Chora na swój wiek dość dobrze zbudowana, niedokrwista. Na podbrzuszu po stronie lewej duży obrzęk płaski, przy ucisku prawie niebolesny, ciastowaty, rozlany na znacznej przestrzeni i przechodzący na wzgórek łonowy. Pod uciskiem palca tworzą się dołki, które dość szybko wyrównują się. W środku pola obrzęku znajduje się pas blado zabarwiony, gąbczasty, w wielu miejscach owrzodziały, sięgający od przedniego górnego kolca biodrowego aż niedaleko linii białej, szeroki na przeszło 3 cm. Z owrzodzenia wylewa się bardzo obficie ciecz jasno mleczna, oraz wydobywają się skrzepłe masy serzaste. Skóra w otoczeniu tego pasa ciemno zabarwiona, okryta licznymi drobnymi pęcherzykami wielkości ziarnka siemienia, napełnionymi jasnobiaławą cieczą, łatwo pękającymi.

Leczenie chorej zapoczątkowano dokładnem wyłyżeczkowaniem i przepaleniem Paquelinem owrzodziałego pasa, przyczem przekonano się, że pod utrzymaną skórą znajduje się utkanie jamiste. Rana zaczęła szybko ziarnkować, jednak w otoczeniu jej powstał silny gąbczasty obrzęk, z którego sączy się bardzo znaczna ilość jasnobiaławej cieczy. Wobec tego zaczęto wstrzykiwać w tkankę podskórną bezwodny alkohol w ilości po 10 gr. w jednotygodniowych odstępach czasu. Obrzęk stał się twardym i zbitym, ilość sączącej się cieczy zmniejszała się wybitnie już po pierwszem wstrzyknięciu alkoholu. Obecny stan chorej po 4 wstrzyknięciach przedstawia znaczny postęp: rana czysta i pokryta ziarniną ściąga się powoli, obrzęk skóry w jej otoczeniu twardy i nawet pod naciskiem nie wydziela cieczy.

W pracy swej o naczyniakach limfatycznych podnosi prof. Schramm alkohol jako jeden z najdzielniejszych środków przy leczeniu naczyniaka limfatycznego jamistego rozlanego. Działanie alkoholu przejawia się jako ściągające i drażniące: alkohol wywołuje skrzepnięcie limfy, i to nie tylko w miejscu wstrzyknięcia, ale i daleko w obwodzie, przyczem skrzepy zaczopowują naczynia limfatyczne, które ze swej strony pod wpływem zadrażnienia zarastają. Wstrzykiwać należy wyłącznie w tkankę podskórną, gdyż w przeciwnym razie może dojść do powierzchownej suchej zgorzeli skóry na małej przestrzeni. Z innych środków drażniących były stosowane z dobrym skutkiem przez różnych autorów wstrzykiwania nalewki jodowej, 10% rozczynu chlorku cynku i 10% rozczynu karbolu.

Co się tyczy leczenia operacyjnego, to daje ono pomyślne wyniki tylko przy naczyniakach limfatycznych torbielowatych, oraz przy małych twardszych obrzękach, gdzie można usunąć cały nowotwór w tkankach zupełnie zdrowych. Natomiast jest ono całkiem bezskuteczne przy naczyniakach chłonnych jamistych, rozlanych, w których doszczętne usunięcie nowotworu z powodu bardzo znacznego zajęcia skóry i niewyraźnych granic jest niemożliwe; pozostawienie zaś przy operacyi choćby małej części schorzałych naczyń chłonnych wiedzie do nowego silnego bujania tychże naczyń. — Przy obrzękach miękkich i bardzo rozległych zalecają w ostatnich czasach niektórzy autorowie naświetlania promieniami Roentgena. (Autoreferat).

W dyskusyi przemawiał kol. Ruff.

IV. Kol. Pańczyszyn przedstawia

a) chorego z **sarcoma idiopathicum multiplex** (Kaposi), **leczonego naświetlaniem promieniami Roentgena.** Choroba trwa od roku, a zaczęła się na stopie prawej, skąd w ciągu kilku miesięcy rozszerzyła się na kończynach dolnych, wystąpiła na kończynach górnych, zajęła również skórę tułowia i twarzy, a w końcu dała przerzuty nowotworowe w narządach wewnętrznych (wątroba, opłucna lewa). W tym okresie cierpienia przystąpiono do energicznych naświetlań promieniami Roentgena. Po 2-miesięcznem leczeniu (60 naświetlań 562 ×) widać znaczną poprawę tak sprawy miejscowej, jak i stanu ogólnego. Wskutek naświetlań cofają się zmiany anatomiczne nowotworowe nie tylko w skórze, ale i w narządach wewnętrznych, nie tylko w miejscach naświetlanych, ale i nienaświetlanych (działanie na odległość). Preparaty histologiczne z wyciętych guzów nowotworowych z czasu przed i wśród naświetlań ilustrują przypadek. (Autoreferat).

W dyskusyi:

1. Kol. Sieradzki zapytuje prelegenta, czem tłumaczy sobie działanie na odległość?

2. Kol. Barącz wspomina o przypadku mięsaka jądra, przed 2 laty przez siebie operowanym, w którym w ½ roku po wytrzebieniu wystąpiły przerzuty w gruczołach zaotrzewnych w postaci wielkich macalnych guzów, sprawiających choremu znaczne bóle, rozpromieniające się ku kończynom i powodujące zupełnie bezsenne noce. Chory poddał się naświetlaniu w Wiedniu przez Prof. Holzknechta i powrócił ze znacznem zmniejszeniem się guzów i ustąpieniem zupełnem bólów. Kol. Barącz polecił temu choremu dalsze stosowanie naświetlania. Kol. Barącz uważa stosowanie promieni X w podobnych przypadkach za bezwzględnie wskazane choćby dla ulżenia bólów i przedłużenia życia chorego.

3. Kol. Pańczyszyn ma nadzieję, że tego chorego przedstawi w przyszłości jako uleczonego. W odpowiedzi na zapytanie kol. Sieradzkiego rozwija teoryę działania promieni Roentgena na odległość, a w odpowiedzi kol. Bārączowi tłumaczy teoryę Holznechta, znieczulające działanie promieni przy nowotworach złośliwych. (Autoreferat).

W dyskusyi przemawiali jeszcze kol. Schramm, Ruff i Sabat.

b) Kol. Pańczyszyn przedstawia chorą z **twardzielą tchawicy,** u której po 30 **naświetlaniach promieniami Roentgena** (250 ×) minęły wszystkie objawy duszności, a przedmiotowe badanie stwierdza bardzo wyraźne cofanie się nacieków twardzielowych, jako przykład, że promienie Roentgena są dzisiaj najskuteczniejszym środkiem ze wszystkich dotąd znanych sposobów leczenia twardzieli głębszych dróg oddechowych. Nawiązawszy do przedstawionego przypadku, podaje mowca wyniki lecznicze, otrzymane naświetlaniami promieniami Roentgena wspólnie z kol. Lehmem w 21 przypadkach twardzieli, przeważnie głębszych dróg oddechowych. Wynik był bardzo dobry, o ile metoda naświetlań była energiczna. Lecznicze działanie promieni Roentgena objaśnia mowca na rysunkach z preparatów, wykonanych ze skrawków nacieków twardzielowych przed i w ciągu leczenia. W ostatnich czasach stosuje mowca leczenie kombinowane wstrzykiwaniem szczepionki twardzielowej i naświetlaniami i otrzymuje jeszcze lepsze i szybsze wyniki. (Autoreferat).

W dyskusyi nad przedstawionym przez kol. Pańczyszyna przypadkiem twardzieli tchawicy uważa kol. Barącz zastosowany przez kol. Pańczyszyna skombinowany sposób leczenia twardzieli przez naświetlania i równoczesne stosowanie szczepionek prątka twardzielowego jako znaczny postęp w leczeniu tego cierpienia. Samo naświetlanie bowiem promieniami Roentgena nie leczy cierpienia trwale, jak się kol. B. przekonał na przypadkach twardzieli nosa, leczonych przed laty samem naświetlaniem, poleconem po raz pierwszy przez A. Rydygiera. W przypadkach pozornie zupełnie wyleczonych następowały po kilku latach nawroty choroby, tak że chorzy woleli celem przywrócenia możności oddychania przez nos poddać się wyskrobaniu nozdrzy i zakładaniu drenów. Z dotychczas stosowanych sposobów żaden nie leczy cierpienia trwale. Kol. B. wspomina o dawnych swoich próbach wyłuszczania twardzieli nosa w tkankach zdrowych i pokrywania ubytków płatami skórnymi, wziętymi z sąsiedniego policzka, z nosa, a nawet ze skóry ramienia; we wszystkich tych przypadkach nastąpiły nawroty. Symptomatycznie stosunkowo dobre wyniki miewał kol. B. w twardzieli nosa przy zastosowaniu elektrolizy, która na pewien czas przywracała drożność nozdrzy; ale zabieg ten jest bolesny. Stosowanie promieni Roentgena daje najlepsze wyniki kosmetyczne (A. Rydygier, Sabat) i jest niebolesne, tylko należałoby zmodyfikować je, by módz osiągnąć trwałe wyniki i stosować długi czas z odpowiedniemi przerwami. (Autoreferat).

W dyskusyi przemawiał kol. Sabat.

c) Kol. Pańczyszyn przedstawia chorego uleczonego z **białaczki szpikowej naświetlaniami promieniami Roentgena,** omawiając wpływ ich na poszczególne objawy chorobowe (śledzionę, krew, inne narządy, stan ogólny). W przypadku tym zasługuje na uwagę spadek ilości ciałek białych z $^1/_2$ miliona do leukopenii (2.500 w 1 mm³), a co ważniejsza zupełnie prawidłowy stosunek rodzajów ciałek białych do siebie i zupełnie zniknięcie elementów ze szpiku kostnego (44% myelocytów). (Autoreferat).

W dyskusyi: 1. Kol. Wiczkowski zaznacza, że poprawę uważa tylko za remisyę. — 2. Kol. Sabat przestrzega przed zbyt wysokiem dawkowaniem promieni Roentgena. — 3. Kol. Pańczyszyn podnosi różnice biologiczne pomiędzy oboma rodzajami białaczki: szpikowej, a limfatycznej, przynajmniej co do zachowania się wobec promieni Roentgena i omawia mechanizm działania promieni Roentgena na białaczkę szpikową w myśl badań Decastello i Kienböcka. (Autoreferat).

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

XIX. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 7 listopada 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion. Dr Mikołajski usprawiedliwił swą nieobecność.

1. Prezydent podaje informacye co do poboru węgla dla lekarzy i wyjaśnienia co do dodatkowych kart jego poboru.

2. Uchwalono poprzeć w Wydziale wykonawczym Izb lek. sprawę przyznania lekarzom pewnej ilości alkoholu denaturowanego.

3. Pismo Wydziału wykonawczego, oznajmujące, że w sprawie aprowizacyi minister Höfer nie może zaliczyć lekarzy do klasy ciężko pracujących, — uchwalono złożyć do aktów.

4. Dr H. M. z G. prosi o interwencyę w sprawie wypłaty należnej mu kwoty za szczepienie. Uchwalono ponaglić sprawę w c. k. Namiestnictwie.

5. Lekarze z Gródka przesłali ułożoną przez siebie taryfę lekarską do zatwierdzenia. Oddano sprawę do referatu Dr Schellenbergowi.

6. C. k. Sąd krajowy przesyła do zaopiniowania podanie Dr D. o zamianowanie go znawcą sądowym z neurologii i psychiatryi. Uchwalono zażądać dodatkowych informacyi.

Przy tej sposobności oddano Dr Kohlbergerowi referat w sprawie ustalenia norm zasadniczych przy opiniowaniu podań na rzeczoznawców sądowych.

7. W sprawie podwyższenia taks sądowo-lekarskich o 100% odczytał Prezydent pismo ponaglające do Wydziału wykonawczego Izb. Uchwalono z tem, by odpis ponaglenia przesłać wszystkim Izbom lek. z prośbą o przyłączenie się do akcyi.

8. Dr Drzymalik przedkłada referat w sprawie podwyższenia dyet za komisye epidemiczne i szczepienia ospy o 100%. Uchwalono po myśli referatu i poruczono referentowi wypracowanie odnośnego memoryału do c. k. Namiestnictwa i Wydziału kraj.

9. Zaopiniowano podania kredytowe Dr A. R. z S.

XX Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 14 listopada 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion. Dr Mikołajski usprawiedliwił swą nieobecność.

1. Prezydent odczytuje pismo c. k. Ministerstwa, wzywające do subskrypcyi VII pożyczki wojennej. Uchwalono subskrybować 1000 k. i ogłosić pismo w »Przeglądzie lek.« celem zachęcenia lekarzy.

2. Sąd handlowy w Wiedniu donosi, że aktów sądowych w sprawie honorowej Dr I. M. z L. na razie przesłać nie może.

3. Zaopiniowano podania kredytowe Dr I. S. z H. i Dr S. B. z N.

4. Prezydent podaje do wiadomości, że otrzymał zaproszenie na członka sekcyi sanitarnej namiestnikowskiego Komitetu ratunkowego.

Rada honorowa.

W sprawie zażalenia Dr T. M. z S. przeciw Dr Z. z B. odczytano odpowiedź Dr Z. i uchwalono zwrócić się do Dr Z, o dodatkowe wyjaśnienia. Jeżeliby się okazało, że Dr Z. nie jest do Izby przynależnym, uchwalono w myśl regulaminu Izby zażądać od obu stron pisemnego oświadczenia, że wyrokowi Rady honor., jako sądu polubownego nieodwołalnie i bez zastrzeżeń się poddadzą.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 27. II. posiedzenie, na którem dr. Weissglas miał wykład o pracy inwalidów wojennych, przedstawiając bardzo liczne przypadki. W dyskusyi przemawiali dr. Jaugustyn, Michejda, Krzyształowicz i prelegent.

Z różnych stron. W Zagrzebiu odbył się 12. stycznia b. r. pierwszy wykład anatomii dr. Drago Perovica, powołanego w roli suplenta na katedrę anatomii z Wiednia, gdzie dr. Perovic był asystentem uniwersytetu. Dzień 12. stycznia jest zatem początkiem działalności zakładanego w Zagrzebiu Wydziału lekarskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **6. marca 1918** o godz. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Doc. Borowiecki: Przedstawienie chorego, 2) Demonstracye chorych z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Rosnera.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 10. Kraków, 9. marca 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 9. marca 1918. Nr. 10

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne. Ropne zapalenie opon mózgowych pochodzenia durowego.

Opisał

Prof. Dr. L. Korczyński.

U chorych na dur brzuszny przydarzają się niekiedy objawy nerwowe, właściwe podrażnieniu opon mózgu i rdzenia i utrzymują się czasem tak długo, że uzasadniają przypuszczenie sprawy zapalnej w oponach. W dawniejszych czasach tłómaczono je zbyt pochopnie w ten sposób i nazbyt często rozpoznawano odrębną do pewnego stopnia postać tyfusu, zwaną durem mózgowym, ściślej biorąc oponowym (meningotyphus). Stanowisko to nie ostało się wobec krytyki badań anatomopatologicznych. Na podstawie zasobnego materyału sekcyjnego można było wykazać, że w ogromnej większości przypadków, w których za życia istniały objawy oponowe, nie było w oponach istotnych zmian zapalnych, widocznych gołem okiem. Obraz sekcyjny nie tłómaczył szczegółów nerwowych obrazu klinicznego. Na tę niezgodność między wynikami spostrzeżeń klinicznych i badań anatomicznych zwracano wielokrotnie uwagę. Jako przykład posłużyć mogą prace Strümpella[1]), Eichhorsta[2]), Curschmanna[3]), Schottmüllera[4]), Wolffa[5]), pośrednio także Jurgensa[6]), oraz polskich autorów Krokiewicza[7]) i Biegańskiego-Wilczyńskiego[8]).

W celu rozjaśnienia tego rodzaju przypadków przeprowadził Schultze[9]) bardzo szczegółowe badania drobnowidowe na skrawkach, sporządzonych tak z opon, jakoteż z przyległych części mózgu i rdzenia. Wynikiem ich było wykrycie, obok znacznego przekrwienia, nacieku drobnokomórkowego wzdłuż naczyń, przebiegających w oponach i w powierzchownych warstwach istoty mózgowej i rdzeniowej.

Zmiany te nie są zapewne bez znaczenia dla czynności układu nerwowego, ale nie tłómaczą jeszcze bynajmniej zbioru t. zw. oponowych objawów. Możemy się zresztą powołać na niedawną pracę Osakiego[10]) z zakładu patologicznego Chiariego, streszczającą wyniki badań histologicznych mózgu i rdzenia ze zwłok osób, zmarłych na rozmaite choroby zakaźne. Dowiadujemy się z niej, że takie same zmiany, jakie opisywał Schultze, znaleziono w czterech przypadkach sekcyjnych zapalenia płuc, w których za życia nie spostrzegano zupełnie zjawisk podrażnienia opon. Badania Schultzego tracą wobec tego ogromnie wiele ze swego znaczenia, a to tem bardziej, że w toku ich nie powiodło się z układu nerwowego wyhodować laseczników tyfusowych. Tem samem nie można utrzymywać, że przekrwienie i naciek drobnokomórkowy, znajdujące się wzdłuż naczyń, zawdzięczają swoje powstanie bezpośredniemu działaniu prątków Ebertha. Raczej zgodzić się trzeba z zapatrywaniem Klebsa, liczącem bardzo wielu zwolenników, według którego przy powstawaniu zaburzeń nerwowych, towarzyszących durowi brzusznemu, najwybitniejszą rolę odgrywają jady tyfusowe. Działaniem tych samych jadów tłómaczyć zresztą można także i zmiany w otoczeniu naczyń, opierając się na badaniach, obecnie bardzo już licznych, które stwierdzają nader wielką wrażliwość naczyń wobec toksyn, wytwarzanych przez rozmaite chorobotwórcze bakterye.

Licząc się z doświadczeniami, poczynionemi przez badania sekcyjne, musiała medycyna kliniczna sprostować swoje zapatrywania o ważności rozpoznawczej znamion podrażnienia opon mózgowych i żądać dla pewnego rozpoznania zapalenia opon ściślejszych i pewniejszych podstaw. Dla uwydatnienia, że w danym przypadku istnieją objawy oponowe, niezależne od zapalenia, wprowadzono osobne nazwy. Bouchut[11]) użył w tym celu określenia »pseudomeningitis«. Schultze[12]) mówił o »meningitis sine meningitide«. Dupré[13]) stworzył wyrażenie »meningismus«. To wyrażenie przyjęło się najłatwiej i niemal powszechnie jest obecnie używane.

W przeciwieństwie do tyfusowego meningizmu, który nie jest zapewne zbyt częsty, ale nie należy do rzędu wyjątkowych zjawisk, przydarzają się istotne zapalenia opon, wzniecane przez prątki durowe, zwłaszcza zaś zapalenia ropne, niezmiernie rzadko.

W początkach badań bakteryologicznych, zajmujących się poznawaniem patogenezy prątków Ebertha, odmawiano tym bakteryom wogóle własności ropotwórczych. Niektórzy autorowie, jak Baumgarten[14]), E. Fränkel[15]), Dunin[16]), Klemm[17]) i in. popierali bardzo długo powyższe zapatrywanie. Obecność prątków durowych w ogniskach ropnych pojmowali jako wyraz zakażenia wtórnego, przypisując rolę miarodajnego czynnika wyłącznie tylko znanym ropotwórczym drobnoustrojom. Przeciwne zdanie utorowało sobie dopiero zwolna drogę do powszechnego uznania. Obok prac obcych autorów, jak Orlow[18]), Gasser[19]), Neumann i Schäfer[20]), Ullmann[21]) i in., przyczyniły się do tego bardzo wybitnie wyczerpujące badania doświadczalne, przeprowadzone na zwierzętach przez Dmochowskiego i Janowskiego[22]).

Pierwsze prace o zapaleniu opon, powstałem na tle zakażenia prątkami durowymi, opierały się na badaniach pośmiertnych. Dowodów, że przyczynę zapalenia stanowią istotnie bakterye tyfusowe, dostarczyły bakteryologiczne badania ropy, zebranej przy sekcyi z opon mózgu i rdzenia. Do rzędu ich należą sprawozdania Freyhana[23]), Adenota[24]), Hintzego[25]), Vincenta[26]), Tietina[27]), Stühlena[28]), Ralpa[29]), Doddiego[30]), Kühnaua[31]), Kamena[32]), Ohlmachera[33]), Rodena[34]), Hugota[35]), Denizettiego[36]), Chinstocka[37]). Z rozpoznaniem klinicznem tyfusowego zapalenia opon, uzasadnionem należycie badaniami płynu mózgowordzeniowego, uzyskanego przez nakłucia lędźwiowe, spotykamy się dopiero w pracy Stäublego[38]), ogłoszonej w r. 1905. Następne lata przyniosły niewiele podobnych spostrzeżeń. W dostępnem dla mnie piśmiennictwie znalazłem opisy ropnego zapalenia przyrody durowej w pracach Stühmera[39]), Davida i Speika[40]), Lyalla[41]), O' Corrola i F. C. Pursera[42]), Schottmüllera[43]) oraz w najnowszej Umecha[44]), ogłoszonej w r. 1916. Doliczyć do nich możemy jeszcze spostrzeżenia włoskiego autora Susanna'ego oraz lekarzy francuskich Bergiego i Weissenbacha i Lumierra i Soltraina, przytoczone przez Umecha. Poza tem zasługują na uwagę sprawozdania, donoszące o obecności laseczników Ebertha w płynie mózgowordzeniowym chorych durowych, u których objawy podrażnienia opon pojawiały się tylko przelotnie, albo gdzie sprawa zapalna w oponach nie okazywała cech zapalenia ropnego. Spostrzeżenia tego rodzaju ogłosili Rocco-Jemma[45]), Lewkowicz[46]), Guinon[47]), Schütze[48]), Silberberg[49]), David i Speik[50]), Schottmüller[51]), I. Löw[52]).

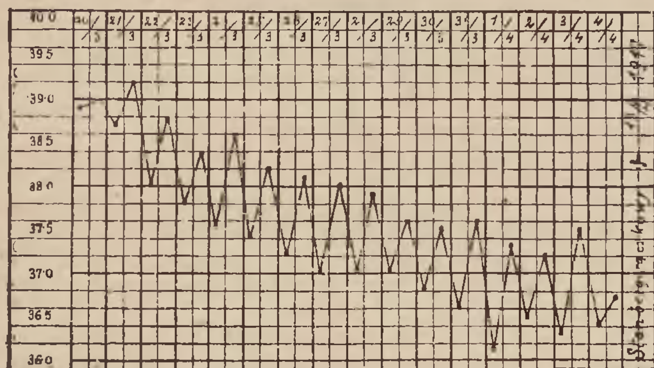
Przytoczone powyżej prace nie wyczerpują jeszcze zapewne wszystkich spostrzeżeń klinicznych o tyfusowem zapaleniu opon. Zgromadzenie wszystkiego, co na ten temat gdziekolwiek napisano, napotykałoby na bardzo wielkie trudności, nie dając w zamian istotnych wielkich korzyści. — Jeśli uwzględnimy, jak skrzętnie współczesne piśmiennictwo lekarskie podaje opisy rzadkich

przypadków chorobowych, to z tego, że tak niewiele powiodło nam się zebrać, wnosić można, że prątki durowe nader rzadko wzniecają w oponach sprawy zapalne. Gdyby chodziło o dalsze dowody, wskazać jeszcze możemy na jedną z najbardziej szczegółowych prac o tyfusie, na monografię Curschmana[53]), w której m. in. statystycznymi szczegółami znajduje się zestawienie blizko 600 przypadków śmierci chorych durowych. Nie ma wśród nich ani jednego z rozpoznaniem »meningitis typhosa«. Opracowując materyał tyfusowy[54]) z tutejszego mojego oddziału, zebrany w latach 1914 i 1915, nie znalazłem również ani jednego chorego z tyfusowem zapaleniem opon; co więcej, z tego rodzaju zapaleniem nie spotkałem się przez cały czas mojego pobytu w Sarajewie, jakkolwiek tyfus należy tutaj do rzędu bardzo pospolitych chorób zakaźnych. Dopiero z wiosną b. r. nadarzyła mi się po temu sposobność. Opis tego mojego spostrzeżenia wydaje mi się tembardziej uzasadnionym, że w polskiem piśmiennictwie nie spotkałem się dotąd z kliniczną pracą o ropieniu opon mózgowych pochodzenia durowego.

Esma M., 9-letnia córka kawiarza z Sarajewa, wyznania muzułmańskiego, przyjęta na oddział 20. marca 1917.

Wywiady: Z opowiadania rodziny wynika, że dziecko przebyło w pierwszej połowie lutego jakąś chorobę gorączkową, przebiegającą wśród uporczywych bolów głowy i obolałości całego ciała. Przypadłości żołądkowych miało nie być zupełnie. Po ustąpieniu gorączki nie wracała chora do sił, skarżyła się od czasu do czasu na bole głowy, nie miała apetytu. Znaczne pogorszenie wystąpiło przed kilkoma dniami (dokładnej daty nie można się było dowiedzieć). Pojawiła się wtedy znowu wysoka gorączka, poprzedzona dreszczem, a wraz z tem wystąpił wielki niepokój, silny ból głowy i karku, z towarzyszeniem powszechnej obolałości. Dziecko traciło chwilami przytomność, jęczało prawie bez przerwy, chwytało rękami za głowę, zgrzytało zębami. Od czasu do czasu zjawiało się zataczanie gałek ocznych ku górze. Wymiotów rzekomo nie było nigdy. Stolec zaparty. Oddawanie moczu prawidłowe. Parę razy zauważano mierne poty.

Stan obecny: Wątłe, źle odżywione, blade dziecko, o cierpiącym wyrazie twarzy, zapadniętych rysach, leży na prawym boku z nogami przykurczonemi w stawach biodrowych i kolanowych i z silnie zgiętym kręgosłupem. Od czasu do czasu słychać cichy stłumiony jęk. Przy ujmowaniu fałdów skóry, a nawet przy przesuwaniu ręką po skórze, ból. Podobnie sprawia chorej ból ucisk mięśni. Osutki na skórze niema. Głowa przy opukiwaniu bolesna. Kark zupełnie sztywny, mięśnie szyjne silnie napięte. Przy próbie poruszania głową dotkliwy ból. Źrenice równe, oddziałują należycie. Ruchomość gałek ocznych dobra. Nerw twarzowy bez zmian. Język suchawy, czerwony. Błona śluzowa gardła nieco obrzękła. Migdałki nie powiększone. Nieżytu nosa niema. Narząd oddechowy prawidłowy podobnież narząd krążenia. Brzuch zapadnięty, mięśnie brzuszne napięte. Śledziony ani wątroby obmacać nie można. W jelitach zbity kał. Odruchy kolanowe i stopowe po obu stronach równe, nieco wzmożone. Objawy Kerniga i Brudzińskiego bardzo wyraźne. Ciepłota ciała w dniu przyjęcia 39° C., liczba tętna 102. (Dalszy



przebieg ciepłoty zob. krzywą gorączki). Mocz nie zawiera białka, ani cukru, nie daje odczynu dwuazowego Ehrlicha. Ilość indykanu znaczna. Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę, z ilością ciałek białych 15.400 w mm³. Stosunek ciałek białych: neutrochł. 78·6%, limfocytów 17·0%, przejść. i w. jednojądrz. 3·9%, tucznych 0·5%. Surowica krwi aglutynuje prątki durowe w rozcieńczeniu 1 : 400.

22/3. Nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgowordzeniowy wypływa pod miernem parciem, jest nieco mętny, zawiera około 400 c. białych w mm³, z przewagą ciałek wielojądrzastych. W osadzie krótkie ruchome laseczniki. Dalsze badanie bakteryologiczne, wykonane w zakładzie patologicznym szpitala przez kierownika tegoż zakładu, Dra Prašeka, dostarczyło niezbitych dowodów, że prątki te są bakteryami tyfusowemi.

24/3. Od 2 dni nudności, zupełny brak łaknienia. Ciepłota od wczoraj niższa, typ zwalniający. Stolec stale zaparty, występuje tylko po wlewaniach. Od czasu do czasu utrata przytomności, majaczenia. Zresztą stan niezmieniony.

28/3. Leukocytoza utrzymuje się w pierwotnych granicach. Obliczenie stosunku ciałek białych wykazuje: c. neutrochłonnych 76·4%, limfocytów 21·6%, przejściowych i wielkich jednojądrzastych 2·0%. Prątków durowych w moczu, ani w kale nie znaleziono. Surowica krwi aglutynuje prątki Ebertha w rozcieńczeniu 1 : 800.

2/4. Od 5 dni co dzień wymioty. Stan podgorączkowy. Zamroczenie świadomości utrzymuje się. Fałd nosowopoliczkowy po stronie prawej mniej wyraźny, aniżeli po stronie lewej. Lewy kąt ust uniesiony nieco ku górze. W zakresie nerwów czaszkowych niema zresztą żadnych zmian. Sztywność karku niezmieniona. Powszechna przeczulica utrzymuje się w dalszym ciągu. Odruchy kolanowe równe po obu stronach. Odruchy stopowe po obu stronach wzmożone, po stronie prawej w stopniu wyższym, z zaznaczonym objawem stopowym.

3/4. Chora chwyta rękami za głowę, jęczy prawie stale, na zapytania nie odpowiada. Oddech przyspieszony, 38 na minutę, o bardzo wyraźnym typie Biota. Tętno 92. Kończyny, zwłaszcza dolne, sine. Bezwiedne oddawanie moczu i kału. Zachowanie się odruchów zmienne. Od czasu do czasu drgania kurczowe mięśni kończyn dolnych.

3/4. Powtórne nakłucie lędźwiowe. Parcie płynu małe, płyn bardzo mętny. Stan chorej bez zmiany. Ciepłota prawidłowa.

5/4. Czaszka i kręgosłup bardzo bolesne. Po stronie lewej wyraźny objaw Chwostka. Kurczowe drganie mięśni kończyn górnych i dolnych. Przykurczenie w stawach łokciowych, biodrowych i kolanowych. Bardzo wybitny objaw stopowy. Odruch kolanowy wywołać można tylko po stronie prawej. Oddech stale nieregularny, bądź o typie Biota, bądź Cheyne-Stokesa.

8/4. Ilość c. białych 9.000, stosunek odsetkowy prawie zupełnie taki sam, jak poprzednio. Chora bardzo apatyczna, nie przyjmuje zupełnie pokarmów. Odżywianie uskutecznia się przez odbytnicę. Bezwiedne oddawanie moczu i kału utrzymuje się. Wymioty ponawiają się kilka razy na dzień. Od wczoraj typowy tężec tylny.

12/4. Głowa przegięta silnie ku tyłowi, dotyka prawie grzbietu. Kręgosłup również bardzo wygięty. Chora zupełnie nieprzytomna. Płyn mózgowordzeniowy ropiasty.

13/4. Zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne (Prosektor Dr. Prašek). Opona twarda napięta, przekrwiona. Opony miękkie okazują ropny naciek. Bardzo obfite nagromadzenie ropy znajduje się zwłaszcza w obrębie płatów czołowych i na podstawie mózgu. Nadto dostrzedz można ogniska ropne w płatach bocznych, potylicznych i na obu półkulach móżdżku. W tych miejscach, gdzie niema nacieku ropnego, okazują opony miękkie przekrwienie znacznego stopnia i naciek surowiczy. W zatoce żylnej głównej znaczna ilość częścią skrzepłej, częścią płynnej krwi. Żyły oponowe szczelnie krwią wypełnione. Komórki mózgowe rozszerzone, o ścianach miejscami rozmiękłych, żółtawo zabarwionych, zawierają bardzo mętny, żółtawy płyn. W istocie mózgowej liczne ogniska wybroczynowe. Na rdzeniu przedłużonym nie ma nagromadzenia ropy. Płyn mózgowordzeniowy mętny, żółtawo zabarwiony, ropiasty.

W obu dolnych płatach płuc nieliczne ogniska zapalne. Mięsień sercowy zwyrodniały. Śledziona miernie obrzękła, miękka. Wątroba również nieco większa, rysunek zatarty. To samo odnosi się do nerek. W jelitach, w szczególności w jelicie cienkiem, niemą zupełnie owrzodzeń. Kępki Payera nie są obrzękłe. Błona śluzowa prawidłowo zabarwiona, nie okazuje nigdzie pigmentacyi. Obrzęku ani przekrwienia gruczołów krezkowych niema. W pęcherzu moczowym mierna ilość czystego, co do składu chemicznego niezmienionego moczu.

Z krwi, zebranej z żyły udowej i z miąższu śledziony, zaszczepionej na pożywkach, wyrosły posiewy laseczników duru brzusznego bez przymieszki jakichkolwiek innych bakteryi. Przy przeszczepieniach, wykonywanych w celu dokładnego określenia przynależności gatunkowej, można było przyrodę durową bakteryi zupełnie ściśle udowodnić. Wysokowartościowa surowica ochronna spowodowała aglutynacyę w rozcieńczeniach, leżących

na najwyższej granicy rozcieńczenia. Szczepienia żółci, treści jelit i miazgi z gruczołów krezkowych dały wyniki ujemne.

Ze streszczenia protokołu sekcyjnego wynika, że badania pośmiertne godzą się najzupełniej ze szczegółami, uzyskanymi przez badanie i spostrzeganie kliniczne. W pewnym kierunku zawiodły one jednak nasze oczekiwania, — o tyle mianowicie, że oględziny zwłok nie wykazały zmian, właściwych trwającemu, a przynajmniej przebytemu durowi brzusznemu. Na podstawie wywiadów trzeba było wnosić, że chora znajdowała się w chwili wybuchu zapalenia opon mózgowych w końcowym okresie jakiejś sprawy zapalnej. Po rozjaśnieniu przyrody zapalenia opon przez wykrycie prątków Eberiha w płynie mózgowordzeniowym można było zupełnie słusznie przypuszczać, że zapalenie to stoi w ścisłym związku z poprzednią chorobą, czyli innemi słowy uważać tę chorobę za tyfus brzuszny. Powołać się można było jeszcze i na tę okoliczność, że prawie bezpośrednio po przyjęciu chorej do szpitala wykazano w krwi, zebranej z żyły, obecność aglutynin durowych, co tem bardziej trzeba było brać w rachubę, skoro mieliśmy przed sobą źle rozwinięte, nędznie odżywione dziecko. U tego rodzaju osób spostrzega się zazwyczaj spóźnione wytwarzanie ciał ochronnych. Wobec tego, że ciała te znajdowały się w krwi, wydawać się musiało bardzo prawdopodobnem, że ustrój już poprzednio miał sposobność, aby je wytworzyć.

Ażeby cały przebieg choroby należycie ocenić, trzeba przyjąć wobec wyniku sekcyi dwie alternatywy.

Punktem wyjścia dla pierwszej z nich jest ta okoliczność, że mieliśmy przed sobą nie osobę dorosłą, a przynajmniej dorastającą, lecz dziecko 9-letnie. U dzieci odbiega tyfus bardzo często od zwykłego typu. U nich właśnie spotkać się można w klinice z postaciami poronnemi, a na stole sekcyjnym ze zmianami, nie odtwarzającemi zupełnie obrazu zmian, spotykanych w zwłokach osób dorosłych. W jelitach może zupełnie brakować owrzodzeń, a nawet obrzęku kępek Payera. Cała sprawa ogranicza się do przekrwienia błony śluzowej. — Otóż przypuścićby można, że w naszym przypadku właśnie z tego rodzaju durem brzusznym mieliśmy do czynienia. Brak wszelkich zmian w jelitach wytłómaczyćby było nie trudno, jeśli się uwzględni, że od początku choroby w połowie lutego, do zejścia śmiertelnego, względnie do sekcyi w połowie kwietnia upłynęły dwa miesiące, a więc okres czasu dość długi, aby przypuszczalne nieznaczne zmiany w jelitach zupełnie mogły się zatrzeć.

A teraz druga alternatywa, która może nawet więcej mogłaby przemawiać do przekonania.

Cały tok choroby był tu tego rodzaju, że zupełnie słusznie rozdzielić ją można na dwa okresy. Okres pierwszy przypada na czas od połowy lutego do połowy marca, a okres drugi rozpoczyna się w połowie marca, a kończy się zejściem śmiertelnem. Z okresu pierwszego posiadamy tylko bardzo niedokładne wiadomości o objawach, towarzyszących chorobie. Na podniesienie zasługuje wszakże ten szczegół, że przez cały ten czas trwały uporczywe bole głowy i powszechna obolałość ciała. W niepowikłanym durze brzusznym nie spotykamy się z tego rodzaju trwałością. Toteż zupełnie mimowoli nasuwać się musi podejrzenie, że bole te były jednym z objawów podrażnienia opon mózgowych, a w dalszym ciągu, że już wtedy istniało zapalenie opon, zapewne nie ropne, lecz zwykłe surowicze. O tego rodzaju zapaleniach, wznieconych przez prątki durowe, wspominaliśmy na wstępie. Jest rzeczą możliwą, że zapalenie opon było jedynym miejscowym przejawem zakażenia tyfusowego. W chwili, kiedy sprawa zaczynała się przełamywać i chylić ku poprawie, uległo dziecko przez silne wzruszenie nerwowe nowemu urazowi. Następstwem urazu mogło być bardzo łatwo rozdmuchanie przygasającej już sprawy zapalnej w oponach. Przemiany zapalenia nieropnego w ropne pojąć nie trudno, jeśli uwzględnimy poprzednie schorzenie opon. Zwłaszcza z badań Dmochowskiego i Janowskiego dowiedzieliśmy się, że bakterye tyfusowe prawie wyłącznie tylko wtedy wzniecać mogą ropienia, kiedy zakażają uszkodzone, nieodporne tkanki. Zresztą już w czasie pobytu chorej na oddziale śledzić można było stopniowe wzmaganie się nasilenia sprawy zapalnej. Płyn mózgowordzeniowy, wydobywający się przy pierwszem nakłuciu lędźwiowem, był nieco tylko mętny, zawierał około 400 ciałek białych w milimetrze sześciennym. Przy drugiem nakłuciu uzyskano płyn znacznie mętniejszy, przy trzeciem już wprost ropiasty.

Jeżeli w myśl powyższych uwag wykluczymy u naszej chorej postać brzuszną duru, to mielibyśmy przed sobą w najczystszej formie obraz choroby, noszącej miano »meningotyphus«. Przemawia za tem także i ta okoliczność, że ani z żółci, ani z treści jelitowej, ani z miazgi gruczołów krezkowych nie powiodło się uzyskać hodowli prątków Ebertha, jakkolwiek posiewy ich wzrastały dość obficie po zaszczepieniu sztucznych pożywek krwią żylną i miazgą ze śledziony. Szczegóły te godzi się podnieść nawet z pewnym naciskiem.

Piśmiennictwo. [1]) Strümpell. Lehrb. des spez. Pathol. u. Therap. B. I.[2]) Eichhorst. Handb. der spez. Pathol. u. Therap. B. IV.[3]) Curschmann. Unterleibstyphus I. Aufl. 1913.[4]) Schottmüller, Mohr u. Staehelin. Handb. der inner. Medizin B. I. [5]) Wolff. Deutsches Archiv. f. klin. Med. B. 43. [6]) Jurgens, Kraus u. Brugsch: Spez. Pathol. u. Therapie inner. Krankh. B. II. [7]) A. Krokiewicz. Przegląd lek. 1907. [8]) Biegański-Wilczyński, Jaworski: Nauka o chor. wewn. T. I. [9]) Schultze. Verhandl. des Kongr. f. inner. Mediz. Wiesbaden 1887. [10]) Osaki Ref. Kongr. Zentrblt. B. I. S. 364. [11]) Bouchut zob. Stäubli. Deutsch. Arch. f. kl. Med. B. 82. [12]) Scholtze. Nothnagels spez. Path. u. Ther. B. 9, 3. [13]) Dupré zob. Stäubli l. c. [14]) Baumgarten. Jahresber 1887—1900. [15]) E. Fränkel. Deutsche med. Woch. 1887. [16]) T. Dunin. Deutsches Arch. f. kl. Med. B. 29. [17]) Klemm. Arch. f. klin. Chir. B. 46. [18]) Orlow. Deutsche med. Woch. 1890. [19]) Gasser zob. Kutscher Handb. der pathogenen Mikroorganismen von Kolle u. Wassermann. II. Aufl. III. B. [20]) Neumann u. Schäfer. Virchows Arch. B. 109. [21]) Ullmann zob. Kutscher l. c. [22]) Dmochowski i Janowski. Pam. Tow. lek. warsz. 1894. [23]) Freyhan. Deutsche med. Woch. 1888. [24]) Adenot zob. Kühnau. [25]) Hintze. Zentrblt. f. Bakter. B. 14, 1894. [26]) Vincent. Schmidts med. Jahrb. B. 237, 1893. [27]) Tietin zob. Schultze l. c. [28]) Stühlen. Berl. klin. Woch. 1894. [29]) Ralp zob. Kühnau l. c. [30]) Doddi. Ibidem. [31]) Kühnau. Berl. klin. Woch. 1896. [32]) Kamen. Zentrblt. f. Bakter. B. 21, 1897. [33]) Ohlmacher zob. Stäubli l. c. [34]) Boden. Münch. med. Woch. 1899. [35]) Hugot. Schmidts med. Jahrb. B. 274, 1902. [36]) Denizetti zob. Stäubli l. c. [37]) Chinstock. Ibidem. [38]) Stäubli. Deutsches Arch. f. kl. Med. B. 82, 1905. [39]) Stühmer. Münch. med. Woch. 1911. [40]) David i Speik. Ref. Deutsche med. Woch. 1911. [41]) Lyall. Kongr. Zentrblt. VI. [42]) O' Coroll i F. C. Purser. Kongr. Zentrblt. II. [43]) Schottmüller l. c. [44]) G. Umech. Med. Klinik 1916 [45]) Rocco-Jemma. Münch. med. Woch. 1898. [46]) Lewkowicz. Jahrb. f. Kinderh. 1901. [47]) Guinon zob. Silberberg l. c. [48]) Schütze. Ibidem. [49]) Silberberg. Berlin. klin. Woch. 1908. [50]) David i Speik. Deutsche med. Woch. 1911. [51]) Schottmüller l. c. [52]) J. Löw. Wiener klin. Woch. 1915. [53]) Curschmann l. c. [54]) L. R. v. Korczyński. Wiener klin. Woch. 1917.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. k. rezerwowego szpitala Nr 1 we Lwowie.

O zaburzeniach pęcherzowych u żołnierzy.

Podał

st. lekarz **Dr Jakób Rothfeld**

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lw., obecnie kierownik oddziału.

Liczne przypadki zaburzeń ze strony pęcherza moczowego u żołnierzy zwróciły na siebie uwagę neurologów i urologów. Już z początkiem wojny zauważono, że najczęstszą przyczyną tych zaburzeń jest działanie zimna (Ehret[1]), Stiefler i Volk[2]), Böhme[3],) Lipschütz[4]), Schwarz[5]), Blum[6]), co też późniejsze prace potwierdziły (Sauer[7],) Schwoner[8]), Ullmann[9]), Fuchs i Gros[10]), Juliusberg i Stetter[11]), Munk[12]), Werler[13]). Zaburzenia powstałe na tle przeziębień występują nietylko u ludzi, którzy w dzieciństwie lub we wczesnej młodości cierpieli na mimowolne nocne moczenie, ale i osób przedtem zupełnie zdrowych. Obok zimna stanowią urazy i choroby zakaźne ważny czynnik etyologiczny. Najczęstszym objawem zaburzonej czynności pęcherza skutkiem zimna jest częste oddawanie moczu, do czego przyłącza się później bezwiedne oddawanie moczu we dnie lub w nocy.

Badania autorów co do budowy ciała wykazały, że u ludzi, którzy od dzieciństwa cierpią na nocne moczenie, spotyka się szereg znamion degeneracyjnych, z których za najważniejsze uważane jest rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida occulta) w części lędźwiowej lub kości krzyżowej (Fuchs); w pewnych przypadkach znajdujemy znowu zmiany w budowie czaszki (Ullmann). Badania zmian miejscowych w pęcherzu moczowym potwierdziły

spostrzeżenia przedwojenne (Trembur[14]), Scharnke[15]), że często stwierdza się przerost beleczkowaty wypieracza (Blum[16]), Ullmann, Fuchs, Juliusberg i Stetter).

Próby wyjaśnienia patogenezy tych zaburzeń pęcherzowych nie przyniosły zadowalniającego wyniku, gdyż nie przekroczyły granic hypotezy. Nie przytaczam tu zapatrywań poszczególnych autorów; do tematu tego powrócę w pracy późniejszej, po ukończeniu własnych badań w tym kierunku. Obecnie chcę się ograniczyć do ogłoszenia spostrzeżeń klinicznych, zebranych na 260 przypadkach, które od października 1916 do kwietnia 1917 badałem na moim oddziale. Przypadki schorzeń miejscowych pęcherza (zapalenie pęcherza, sterczu, zmiany powiewiórowe i t. d.), jakoteż zaburzenia pęcherzowe w przebiegu przewlekłych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (wiąd rdzenia, rozsiane stwardnienia rdzenia i mózgu), nie są objęte naszym materyałem, który dotyczy tylko zaburzeń czynnościowych bez znanego tła anatomicznego, zaburzeń, nabytych wskutek przeziębień, po chorobach zakaźnych lub po urazach, jakoteż zaburzeń wrodzonych (enuresis nocturna essentialis).

Wobec znacznego napływu chorych z zaburzeniami pęcherzowemi nasunęło się pytanie, jak często i w jakim stosunku do schorzeń wewnętrznych, chirurgicznych i wenerycznych pojawiają się t. zw. »moczący«. Na 42176 chorych w szpitalach lwowskich znajdowało się 534 chorych z osłabieniem pęcherza, t. j. 1·2%. Na pojedyncze miesiące przypadało: 59 chorych na listopad, 103 na grudzień, 140 na styczeń, 105 na luty, 63 na marzec i 54 na kwiecień, najwięcej więc w najzimniejszym miesiącu. Na 260 było 90 chorych, którzy już w dzieciństwie lub wczesnej młodości cierpieli na mimowolne moczenie w nocy, a u których teraz wystąpił nawrót choroby z powodu powyżej wspomnianych wpływów szkodliwych; 170 chorych nabyło choroby jako dorośli i to 98 z powodu przeziębienia, 41 z powodu urazu, 13 w następstwie chorób zakaźnych, w 18 przypadkach nie można było stwierdzić przyczyny choroby, — najczęściej podawali chorzy jako powód wyczerpanie fizyczne. Wszystkie spostrzegane przypadki dotyczyły szeregowców, u oficerów nie widziałem ani jednego przypadku.

Zarówno w świeżo nabytych zaburzeniach, jakoteż w przypadkach nawrotu moczenia mimowolnego, powstałego w dzieciństwie, są objawy tesame, tak że przy omawianiu zaburzeń pęcherzowych, powstałych pod wpływem przeziębień, omówimy przypadki nabyte i wrodzone razem.

Jako pierwszy objaw występuje wzmożone parcie na mocz, tak że chory oddaje mocz po 20—30 razy na dobę. W przypadkach lżejszych to wzmożone parcie nie sprawia chorym zbytnich dolegliwości, tak że często na nie uwagi nie zwracają. W tym okresie skarży się chory na bole w okolicy pęcherza lub ponad pachwinami; bole utrzymują się stale i nasilają się w chwili, kiedy chory dostaje parcia na mocz. Do tych objawów przyłącza się niepokonalne parcie na mocz i fałszywa niemożność utrzymania moczu (przy prawidłowem zamknięciu zwieracza pęcherza). W chwili kiedy się zjawia parcie na mocz, musi chory natychmiast pęcherz opróżnić, gdyż inaczej mocz nagle się wylewa. Aby uniknąć nagłego zmoczenia się, muszą chorzy zwyczajnie zacisnąć cewkę moczową. Przy dowolnem moczeniu mocz odchodzi silnym, nieprzerwanym strumieniem. W nocy budzą się zwyczajnie chorzy pod wpływem parcia, zanim jednak zdołają wstać, mocz się nagle wylewa; w głębokim śnie oddają mocz bezwiednie do łóżka. Kilku moich chorych podwiązywało sobie na noc prącie, aby nie zmoczyć łóżka; inny chory zakładał sobie na noc pęcherz świński, do którego w nocy mocz odpływał.

W niektórych przypadkach występuje przed okresem fałszywej niemożności utrzymania moczu stan, polegający na tem, że w chwili zjawienia się parcia na mocz uchodzi mała ilość moczu naraz, albo kroplami. Objaw ten polega na tem, że zwieracz pęcherza niezupełnie się rozwiera i przepuszcza tylko małą ilość moczu, która odchodzi kroplami; możnaby ten stan określić jako częściową niemożność utrzymania moczu (incontinentia falsa partialis) w przeciwstawieniu do powyżej opisanego stanu, w którym nagle odpływa cała zawartość pęcherza. Podnoszę ten objaw z tego powodu, ponieważ chorzy tacy często podają, że mocz ścieka kroplami, dokładne zbadanie wykazuje jednak, że nie chodzi o bezwiedne ściekanie moczu, tylko o fałszywą niemożność zatrzymania moczu.

W całym szeregu przypadków sprawa chorobowa ogranicza się do częstego moczenia (pollakisuryi) i do fałszywej niemożności zatrzymania moczu, w innych jednak sprawa postępuje dalej; chorzy tracą prawidłowe uczucie parcia na mocz, a porzebę opróżnienia pęcherza sygnalizuje dziwne, przedtem choremu nieznane uczucie w okolicy pęcherza moczowego, jak kłucie, ucisk, pieczenie lub kurczowe bole w pęcherzu. Chorzy tacy podają, że po tem uczuciu poznają, iż skoro natychmiast nie opróżnią dowolnie pęcherza, to moczu dłużej utrzymać nie będą mogli. Po opróżnieniu pęcherza uczucie to znika, a wraca, gdy się pęcherz znowu wypełni. Chory czuje w cewce moczowej przepływający mocz nawet wtedy, kiedy mocz odchodzi nagle, bezpośrednio po zjawieniu się owego zmienionego uczucia parcia na mocz. Przy dowolnem oddawaniu moczu mocz odchodzi słabszym strumieniem, aniżeli w okresie poprzednim. Tacy chorzy rzadziej się budzą w nocy pod wpływem parcia na mocz, tak że w tym okresie mimowolne moczenie nocne jest częstsze, aniżeli w okresie fałszywej niemożności utrzymania moczu przy prawidłowem uczuciu parcia na mocz. Jeżeli sprawa chorobowa dalej postępuje, to zdarza się, że przy utrzymanem, aczkolwiek zmienionem uczuciu parcia na mocz nagle pewna część moczu bezwiednie odchodzi, co chory zauważa dopiero po wilgoci bielizny. Okres ten stanowi często przejście do dalszego stanu, dla którego cechujące jest bezwiedne ściekanie moczu kroplami i utrata uczucia parcia na mocz. Ściekanie moczu kroplami występuje przy mniej lub więcej wypełnionym pęcherzu; nigdy nie widziałem tego objawu po wypróżnieniu pęcherza.

Ten powolny rozwój sprawy chorobowej, spostrzegany i przez innych autorów (Stiefler i Volk, Lipschütz i i.), spotyka się w większości przypadków. W całym szeregu innych przypadków widziałem ostry początek choroby pod wpływem zadziałania zimna; chorzy nagle tracą uczucie parcia na mocz, który odchodzi kroplami. Niektórzy chorzy podawali, że podczas gdy długo stali w wodzie, nagle pęcherz się opróżnił, co zauważyli po przemoczonej bieliźnie; inni spostrzegli to dopiero, kiedy powrócili z posterunku, u innych w końcu wystąpiło w pierwszej nocy po przeziębieniu mimowolne moczenie. U jednego chorego wystąpiły nagle objawy niemożności zatrzymania moczu po dwugodzinnem leżeniu w śniegu na brzuchu. Ten ostry początek choroby, to nagłe zjawienie się ciężkich objawów chorobowych zdarza się zarówno u ludzi, którzy przedtem byli zdrowi, jak i przy nawrotach choroby u tych, którzy w dzieciństwie cierpieli na nocne moczenie.

Z rzadszych objawów w początkach choroby należy wspomnieć o zatrzymaniu moczu z następową niemożnością utrzymania moczu (dwa przypadki własnej obserwacyi).

W materyale przez nas spostrzeganym spotykaliśmy najczęściej wzmożone parcie na mocz, połączone z fałszywą niemożnością utrzymania moczu (pollakisuria cum incontinentia falsa). Czysta pollakisurya jest rzadka.

Dla stwierdzenia, czy z pollakisuryą łączy się także moczenie obfitsze (polyuria), mierzono u każdego chorego mocz w ciągu 24 godzin i zapisywano, ile razy chory w ciągu doby oddawał mocz. W 35% przypadków było moczenie częste połączone z moczeniem obfitem (powyżej 1500 cm³), w 43% było moczenie częste bez zwiększenia się ilości moczu, a w 23% były stosunki prawidłowe. Obfite moczenie nie jest zatem stałym objawem przy moczeniu częstem.

Na ważny objaw zwróciły moją uwagę opowiadania chorych, a mianowicie na obniżenie zdolności płciowej w czasie zaburzeń pęcherzowych, o których wyżej była mowa. Dokładne wywiady w tym kierunku wykazały, że chorzy tacy nie mogą wykonać aktu płciowego, a nierzadko zdarza się równocześnie zanik chuci. W 34·1% przypadków zaburzeń pęcherzowych, na tle przeziębień powstałych, a w 14·4% przypadków wrodzonych podali chorzy zupełną utratę zdolności płciowej. Należy zauważyć, że znaczna część żołnierzy, stojących na pozycyi, cierpi na pewną psychiczną impotencyę, która znika, kiedy chory na pewien czas z frontu odchodzi. Z tego powodu zapatrywałem się początkowo na opowiadania chorych bardzo krytycznie i zapisywałem je z pewnem zastrzeżeniem. Fakt jednak, że chorzy sami skargi w tym kierunku podnosili, dalej że opowiadania ich były zupełnie zgodne, a mianowicie, że zaburzenia płciowe występowały równocześnie z zaburzeniami pęcherzowemi i wraz z niemi się cofały, dalej fakty, przytaczane przez chorych żonatych, którzy w ciągu choroby w czasie urlopów nie byli zdolni do wykonania aktu płciowego, to wszystko utwierdziło mnie w przekonaniu, że zaburzenia zdolności płciowej u naszych chorych pozostają w związku z zaburzeniami pęcherzowemi.

Co się tyczy przebiegu zaburzeń pęcherzowych na tle przeziębień, to objawy znikają, ogólnie biorąc, w odwrotnym porządku, aniżeli wystąpiły; i tak znika najpierw ściekanie moczu kroplami, zwolna wraca uczucie parcia na mocz, przyczem istnieje jeszcze t. zw. fałszywa niemożność zatrzymania moczu i nocne mimowolne moczenie, a po ustąpieniu tych objawów jeszcze pozostaje zwykle częstsze moczenie.

Rokowanie jest w tych przypadkach lepsze, aniżeli w nawrotach wrodzonego moczenia nocnego. W tych przypadkach nawrotów objawy ustępują zwyczajnie w lecie, w zimie sprawa się znowu pogarsza. Nawet w ciągu jednej zimy bywają wahania w nasileniu objawów chorobowych, zależnie od tego, czy chory przebywa w ciepłem mieszkaniu, czy też na wolnem powietrzu. I tak n. p. wystarcza 2—3 godzinna praca na zimnie, aby wywołać wzmożone parcie na mocz z fałszywą niemożnością zatrzymania, a nawet ściekanie moczu kroplami. Jeżeli chory taki wraca do ciepłego mieszkania, to objawy szybko ustępują, ale przy najbliższem zadziałaniu zimna znowu występują. Mogliśmy często stwierdzić poprawę u takich chorych po zastosowaniu ciepłych okładów na okolicę pęcherza i przez trzymanie chorego w łóżku.

(Dokończenie nastąpi).

Z zakładu ortopedycznego „Mariastern" w c. i k. szpitalu zapasowym w Banjaluce. (Komendant szpitala: st. lekarz sztab. Dr Weitgruber).

Proteza robocza, czy szczudło.

Podał

Dr Bolesław Żmigród

kierownik zakładu, c. k. starszy lekarz posp. rusz.

Ustawiczne naprawy protez roboczych dla kończyny dolnej, które zrobiono czy to w naszym zakładzie, czy w innych pracowniach protez w monarchii, nasuwają myśl, iż należy się postarać o taką protezę, którąby amputowany mógł się posługiwać przez czas dłuższy, nie potrzebując poprawek.

Noszący protezy są w przeważającej liczbie ludźmi z ludu, protezy otrzymują bezpłatnie od państwa, posiadają mało zmysłu dla konserwacyi protezy i trzymania jej w porządku, a w końcu poprawki nie obciążają na razie ich kieszeni.

Zestawiona poniżej tabelka poprawek protez roboczych dla uda, które wykonano w naszym zakładzie, wykazuje, że protezy prawie wszystkich pracowni w monarchii po krótszym lub dłuższym czasie się psują.

Liczba poprawek na jednej protezie	Pochodzenie protezy							
	Banjaluka	Wiedeń Res. Sp Nr 11	Budapeszt	Praga	Berno mor.	Opawa	Leitmeritz	Nieznane
1	14	4	9	—	2	1	1	6
2	9	3	5	1	—	—	—	4
3	2	2	2	—	--	—	—	1
4	4	1	1	—	—	—	—	1
5—6	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	1	—	—	—

Przyczyną jest najczęściej sam noszący protezę, który swej protezie nie poświęca tyle uwagi, ile ona jej wymaga. Ustawiczne poprawki protez są dla każdego zakładu krzyżem, — wymagają nadto osobnej pracowni, w której wyszkoleni mechanicy nie mogą się niczem innem zajmować, jak tylko poprawkami. W zakładach wielkich, gdzie dużo jest robotników, nie dają się te poprawki tak we znaki, jak w małych, gdzie każda siła dla fabrykacyi nowych protez podwójnie jest cenna. Najwięcej popraw wymagają t. zw. protezy robocze (»Arbeitsprothese«). Nazwa ta nie jest w zupełności dokładna. Nazwa ta uzyskała prawo obywatelstwa dla protezy, — a mamy tu na myśli protezę kończyny dolnej, — składającej się z dwóch szyn udowych normalizowanego stawu kolanowego, dwóch szyn goleniowych i strzemionka stopowego lub stopy drewnianej, prócz szyny biodrowej ze stawem. Spitzy nazywał ją początkowo »tymczasową protezą skórzaną« (»Lederimmediatprothese«) dla odróżnienia od tymczasowej protezy gipsowej, nazwa obecnie niesłuszna, gdyż ta tymczasowa proteza stała się z czasem protezą ostateczną, stałą. Amputowani posługują się nią w życiu codziennem, przy



Ryc. I.



Ryc. II.

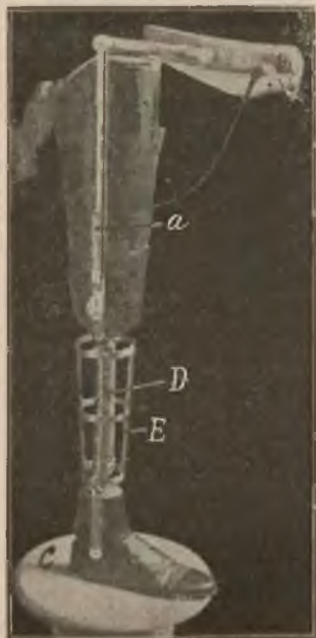
swych zajęciach zawodowych, przy robocie, stąd nazwa proteza robocza; proteza kosmetyczna zaś, o ile taką wogóle otrzymują, jest protezą odświętną i dla mieszkańców miast. Pozostaniemy jednak przy tej nazwie »proteza robocza«, jakkolwiek i szczudło, którego budowa jest inna, jest także w ścisłem słowa znaczeniu protezą roboczą, — by tylko zaznaczyć różnicę między protezą dwuszynową a cylindryczną.

Protezą, która nam ma oszczędzić nieprzyjemności ustawicznych poprawek, jest szczudło, — znane od tak dawna, od jak dawna istnieją amputowani, — jednakże zmodernizowane, wyposażone we wszelkie zdobycze usilnej pracy ostatnich lat w tym kierunku.

Szczudło to (patrz ryciny I—IV) składa się: ze skórzanej części udowej, od wewnątrz odpowiednio wyścielanej, zaopatrzonej dwiema szynami udowemi, z szyną biodrową w górnej części, z dźwignią dla zamknięcia stawu kolanowego w położeniu wyprostowanem (a) w dolnej części szyny i z kolana toczonego z drzewa, dla lekko wewnątrz wydrążonego, przewierconego w osi stawu kolanowego. Kolano to objęte jest w dolnej części przez metalowe strzemię, które w osi kolana połączone jest zapomocą śrub szarnirowych z szynami udowemi i z osią kolana. Te części składowe są stosownie do rozporządzeń ministeryalnych normalizowane. Na zewnętrznej części strzemienia znajduje się rozporek, w który wchodzi nos dźwigni dla zamknięcia stawu kolanowego. Do bliższego opisu wrócimy jeszcze. Strzemię kończy się na dolnej części wydrążoną nasadką cylindryczną, około 6 cm. długości, a $4^1/_2$ cm. średnicy. W nasadkę tę wsuwa się cylinder drewniany, właściwe szczudło, i przymocowuje dwiema śrubami.

Dalszy krok w rozwoju szczudła stanowi możność umieszczania różnych części dodatkowych na stopowym końcu protezy, a mianowicie stosownie do protezy i stosunków terenu: 1) cylindra drewnianego (A) opatrzonego przy końcu poduszką gumową — (obecnie jest ona tylko pobożnem życzeniem ze względu na brak gumy) — lub skórzaną, na wsi o wiele praktyczniejszą, mającą za cel uchronienie szczudła od ślizgania się, 2) płytki metalowej w postaci małej stopki (B) opatrzonej podeszewką i obcasikiem z drzewa, długości 14 cm, i 3) kompletnie wyposażonej stopy kosmetycznej (C) z osią w stawie stopowym i dwiema sprężynami w stawie stopowym i jedną w stawach palcowych.

Pierwsza nasadka (A) jest nasadką szczudła dawnego, nią były też wyposażone nasze pierwsze szczudła. Amputowani, wracający z urlopu, skarżyli się, że ta nasadka cylindryczna tonie przy oraniu w rozmiękłej ziemi, z mozołem trzeba szczudło z ziemi wyciągać i przez to praca nadzwyczaj się utrudnia. Słuszna ta uwaga skłoniła mnie do umieszczenia drugiej nasadki (B) ze stopą miniaturową, która przy robotach polnych nawet podczas słoty dobre oddaje usługi. Trzecia nasadka (C) umożliwia przez obecność kosmetycznej stopy obucie trzewików i chodzenie w nich.



Rys. III.



Rys. IV.

Umieszczenie tych nasadek wymagało, aby dolną część opisanego strzemionka kolanowego spoić drogą autogeniczną w miejsce krótkiego walca drewnianego odpowiednią około 25 cm. długą rurą stalową (D), o dwucentymetrowej grubości ściany, a 35 mm. średnicy zewnętrznej. Wolny dolny koniec tej rury stalowej zaopatrzony jest w cztery 6 cm. długie rozporki, by przy nasadzaniu podanych nasadek otrzymać elastyczne odsuwanie się ścian rury i by rury nasadek łatwo wchodziły. Dla przymocowania nasadek znajduje się na rurze zewnętrznej w dolnej części pierścień napinający z $^{3}/_{8}$ □ śrubą napinającą. Przymocowanie następuje przez ściągnięcie śruby napinającej zapomocą klucza śrubowego, który każdy amputowany otrzymuje wraz ze szczudłem. Z pomocą tego urządzenia umożliwia się przedłużenie lub skrócenie goleni przynajmniej o 5 cm., co ma wielkie znacznie w terenie górzystym.

Dla zamaskowania konturów goleni przy nasadzeniu stopy kosmetycznej służy manszeta kratkowata (E), którą robimy z cienkiego żelaza taśmowego lub z blachy stalowej, w postaci stożkowatej. Manszetę tę nasuwa się na rurę zewnętrzną, a przymocowuje się w górnej części zapomocą śrubki. Jest ona nie o wiele cięższa, a nieporównanie trwalsza i silniejsza od manszety goleniowej z wikliny, tektury, drzewa lub masy papierowej, która po dość krótkim czasie, szczególniej po zetknięciu się z wodą, niszczeje.

Łatwą też jest rzeczą nadać temu szczudłu postać protezy kosmetycznej, jeśli się jego części składowe wypoleruje i wynikluje. Daje się tylko w miejsce opisanej manszety metalowej skórzaną, odpowiednio wałkowaną sztuczną goleń. Na górnym i dolnym końcu tej sztucznej goleni umieszcza się pierścienie z wiązaniami i wsuwa się je, podobnie jak metalową manszetę, na rurę zewnętrzną.

Zamknięcie kolana (a), które wykombinował mechanik zakładowy Dudaś, jest umieszczoną na zewnętrznej stronie kolana dźwignią, której ramię krótsze wchodzi w rozporek, drugie zaś ramię, prawie podwójnej długości, jest za pomocą płaskiej sprężyny utrzymywane zdala od kolana, tak że nos krótszego ramienia tkwi mocno w rozporku zamku. Przez naciskanie palcem na dłuższe ramię dźwigni zbliża się ono do kolana, równocześnie wychodzi nos z rozporka zamku, a przez to kolano się oswobadza i może się swobodnie zginać. Gdy amputowany wstaje, wpada nos automatycznie w rozporek. Nos ten znajduje się dokładnie w osi stawu kolanowego.

Można jednakże umocować każdy inny dowolny rodzaj zamknięcia, także odejmowalną sprężyną, podobnie jak w protezie roboczej wiedeńskiej, lub też zasuwkę według systemu budapeszteńskiego.

Szczudło drewniane robimy z drzewa lipowego. Jego dobrą stroną jest to, że jeżeli się złamie, to amputowany może je sobie sam poprawić, nadto można nasadzić nasadki na cylinder drewniany, jeśli jest odpowiednio przyciosany. Jeśli zaś zamiast cylindra drewnianego jest rura stalowa, to jest ona tak silna i odporna, że może po niej nawet wóz przejechać bez pozostawienia śladu. Przytem, jak zaznaczyłem, proteza ta nie jest cięższa od każdej innej protezy roboczej.

Dotychczas obdzielono temi szczudłami 40 amputowanych; rozprószeni są oni po całej Bośni i Hercegowinie, uprawiają pola, robią dalekie marsze po ogólnie znanym ciężkim, górzystym terenie i dotychczas, po sześciu miesiącach, nie zgłosił się ani jeden o poprawkę do zakładu.

Nie należy niedoceniać wartości protezy kosmetycznej Ratha, ogłoszonej w »Technik für die Kriegsinwalide« zeszyt 3. (Kwiecień 1916), która podobnie, jak i proteza opisana przez Rosenberga (Norymberga), jest szczudłem, sądzę jednakże, że opisane szczudło z powodu swojej prostej i silnej budowy, następnie z powodu tego, iż amputowany może je sam poprawić, i to łatwo, jest o wiele praktyczniejsze i odpowiedniejsze dla ludności wiejskiej, niż dwuszynowa proteza robocza.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 6 lutego 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Obecnych 38.

Prezes wita obecnych na sali gości, członków Towarzystwa technicznego krakowskiego.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia przyjęto jednomyślnie do Towarzystwa kolegów Dra Jana Nelkena, prymaryusza zakładu dla nerwowo i umysłowo chorych w Kobierzynie i Dra Władysława Stryjeńskiego, lekarza tegoż zakładu.

II. Kol. Dr. Leonard Bier wygłosił wykład p. t.: **Pod jakimi warunkami wodociąg bielański odpowiadać będzie wymaganiom hygieny?**

Prelegent miał sposobność z urzędu zajmować się sprawą wodociągu bielańskiego i wymaganą przez władze opinię oparł na materyale, zawartym w aktach miejskiego zakładu wodociągowego, sprawozdaniach rocznych tegoż zarządu, rozbiorach dokonywanych od szeregu lat w miejskich pracowniach chemicznej i bakteryologicznej, oraz dziennych raportach zakładu pompowego, o ile zaś wyniki badań pracowni miejskich wymagały bądź uzupełnienia, bądź sprawdzenia niektórych faktów, bądź też były potrzebne do wyjaśnienia nasuwających się pytań — uzupełnił je badaniami, dokonanemi w państwowym Zakładzie do badania żywności.

Na podstawie tego materyału stwierdził prelegent, że obecna woda wodociągowa bielańska nie jest wodą gruntową we właściwem tego słowa znaczeniu, choć czerpie się ją z gruntu — lecz conajmniej w $^{2}/_{3}$ częściach, a nawet nieraz w 100% — wodą wiślaną. Dowodów na to dostarczało mu zachowanie się ciepłoty wody bielańskiej, mieszanej ze starego i nowego ujęcia studziennego, mierzonej w studni zbiorczej oraz skład chemiczny wody. Odmiennie od zachowania się ciepłoty wgłębnej wody gruntowej, zachowującej w ciągu roku ciepłotę przeciętną roczną powietrza danej okolicy, z wahaniami rocznemi około 1,5^{0} C, — woda wodociągowa bielańska przedstawia wahania roczne około 15^{0} C, jest bardzo zimna w zimie i na wiosnę, gdy Wisła w następstwie przypływu wód śniegowych wzbiera, zaś ciepła w lecie, zwłaszcza po obfitych ciepłych deszczach. Wahania ciepłoty w wodzie bielańskiej idą nieraz zupełnie równolegle z wyższym

stanem wody na Wiśle, objawiając się już w ciągu tej samej doby, co przybór wody na rzece. Różnice w składzie chemicznym wody wiślanej i wodociągowej bielańskiej co do chloru są minimalne, znaczniejsze co do pozostałości suchej i twardości, co tłómaczyć należy rozpuszczającem działaniem wody na składniki mineralne gruntu. Zresztą i skład wody wiślanej bardzo znacznym podlega wahaniom. — Wodę wodociągową bielańską można nazwać jedynie »sztuczną wodą gruntową« i użyciu jej do celów wodociągowych ze stanowiska higieny nie stałoby nic na przeszkodzie, gdyby woda ta, o ile czerpią ją studnie z Wisły, była należycie filtrowana. Tak jednak nie jest, bo woda bielańska zawierała w ciągu ostatnich kilku lat niejednokrotnie w dniach badania ilość bakteryi w 1 cm^3 znacznie większą od 100, ilości, przyjętej za granicę dobrej filtracyi, nadto zaś spotkano w niektórych studniach oraz w próbach wody, pobieranych z kranów miejskich, wielokrotnie prątka okrężnicy, bakteryę, uznaną w nauce jako wskaźnik możliwego zakażenia wody wodociągowej. Bakterye te dostawać się mogą do wody bielańskiej tylko z Wisły, która n. p. b. kałowe stale zawiera.

Rozpatrując przyczyny, które umożliwiają dostawanie się bakteryom Wisły do studzien bielańskich, stwierdza prelegent, że przyczyną tego jest 1) blizkie położenie niektórych studzien wobec koryta Wisły i położenie ich w kierunku pędu bystrego rzeki, że zależy liczba ta 2) od wysokich stanów wody na Wiśle, 3) intensywnego czerpania wody ze studzien, zwłaszcza przy nizkich stanach rzeki i znaczniejszej depresyi, w końcu od 4) nagłego zwiększenia ruchu zakładu pompowego z jednej doby na drugą, zaburzającego ciągłą, jednolitą działalność naturalnego filtra ziemnego. O ile z zachowania się ciepłoty wody bielańskiej wnosić wolno, ruch wody filtrowanej w tym filtrze jest conajmniej 12 razy większy od najszybszego ruchu wody w sztucznym filtrze piaskowym prawidłowo czynnym i od bardzo szybkiego naturalnego ruchu wody gruntowej w gruncie rodzimym, umożliwiającego jeszcze dobrą filtracyę. Nic dziwnego, że w tych warunkach filtr naturalny bielański zawodzi.

Znaczniejsza zawartość bakteryi w wodzie bielańskiaj, a zwłaszcza prawie stała obecność w niej bakteryi kałowych są ostrzeżeniem, że woda ta może kiedyś w razie wybuchu epidemii tyfusu, czerwonki, cholery w górze rzeki przenieść te choroby do miasta i być przyczyną groźnej epidemii.

Woda bielańska niejednokrotnie bywa opalizująca i mętnawa z powodu zawartości żelaza. Wprawdzie żelazo, zawarte w znaczniejszej ilości w wodzie poszczególnych studzien, wydziela się w wodzie zmieszanej po części na drodze mechanicznej, po części w następstwie procesów chemicznych, niemniej jednak procesy te niejednokrotnie nie wystarczają, by wodzie bielańskiej nadać ilość żelaza, wymaganą od dobrej wody wodociągowej. Przyczyna tego tkwi w tem, że zawartość żelaza w studniach podlega znacznym wahaniom w następstwie rozmaitej zawartości w wodzie bielańskiej bezwodnika węglowego, rozpuszczającego żelazo gruntu lub urządzenia żelaznego studzien, zależnej znów od wahań wody w gruncie. Nie jest też wykluczonem, że zażelezienie wody w mieście jest czasem objawem czysto lokalnym, spowodowanym rozpuszczającem działaniem wody na rury żelazne sieci miejskiej. Aby wodę bielańską poprawić również co do tych własności, nie można pozostawić nadal procesu jej odżelezienia się czynnikom wyłącznie naturalnym.

Aby wodociąg bielański odpowiedział wymaganiom higieny uważa prelegent za potrzebne, aby: 1) wyłączono zeń kilka studzien, dostarczających wody najbardziej pod względem higienicznym niepewnej; 2) ograniczono wyzyskanie terenu bielańskiego przez ograniczenie ruchu zakładu pompowego do tego stopnia, który zabezpiecza dobrą filtracyę wody wiślanej przez grunt bielański. Ponieważ jednak przeprowadzenie tego żądania nie jest wykonalne przy należytem zaopatrzeniu miasta w wodę bez zastąpienia wody bielańskiej inną wodą w ilości dostatecznej — zachodzi: 3) potrzeba rychłej budowy nowego wodociągu, zabezpieczającego miastu conajmniej taką ilość wody, której bez ujmy nieodzownych własności higienicznych wodociąg bielański miastu dostarczyć nie może; w końcu potrzeba, by 4) wodę bielańską pozbawiano żelaza na drodze sztucznej. (Streszczenie własne).

Dyskusya:

1) Dyr. wodociągu, inż. Jaszczurowski: Dzisiejszy wodociąg nie może wystarczyć dla pokrycia potrzeb ciągle wzrastającego miasta. Rozszerzenie jego, jak dotychczas, uniemożliwione było przez względy wojskowe, które do niedawna miały rozstrzygający głos w sprawach, dotyczących wodociągu krakowskiego. Jednakże wydajność wodociągu musi być dostosowana do potrzeb konsumcyi. Z tego powodu zamknięcie dziś kilku studzien byłoby żądaniem, niemożliwem do wykonania; lepiej byłoby usunąć przyczyny, dla których owe studnie wadliwie działają. Wymagania konsumcyi wody czynią też niemożliwem ograniczenie wydajności terenu bielańskiego.

2) Kol. Momidłowski: Zanieczyszczenie bakteryjne wody krakowskiej jest okolicznością, która na miasto może sprowadzić wielkie niebezpieczeństwo. Wobec niego nie należałoby się wahać z zamknięciem kilku najwięcej niepewnych studzień, przez co ubytek wody w wodociągu nie byłby bardzo duży. Wadą nowych studzien jest to, że zbudowano je absolutnie za blizko brzegu Wisły. Ze względu na ważność sprawy kol. M. przedkłada następujące wnioski, które jako opinia Towarzystwa lekarskiego byłyby podane właściwym czynnikom: 1) Ponieważ higiena wodna stanowi już wielki dział specyalnej wiedzy, opartej na nauce i doświadczeniu, tak że n. p. w Niemczech stworzono już do badania spraw wodnych osobną instytucyę naukową, mianowicie: »Prüfungsamt für Wasserhygiene«, przeto należałoby i u nas korzystać w tym względzie stale z instytucyi, w której nagromadziło się dotychczas najwięcej doświadczenia w tym kierunku, jaką jest powszechny zakład dla badania środków spożywczych. 2) Przy projektowaniu nowych źródeł pobierania wody dla wodociągów miejskich należy w każdym wypadku zasięgnąć zdania również znawców z dziedziny higieny wodnej. 3) W komisyi wodociągowej miejskiej powinien stale zasiadać znawca dla spraw higieny wodnej, powołany z poza organów miejskich.

3) Kol. doc. Seńkowski: Kolega prelegent wytoczył ciężkie zarzuty, a dyrektor wodociągu udowodnił, że przy dzisiejszym stanie zmiana na lepsze jest prawie niemożliwa. Czy jednak wobec tego faktu nie da się zrobić nic na przyszłość? Należałoby przedewszystkiem myśleć o innych źródłach, któreby lepiej niż dzisiejsze odpowiadały wymaganiom higieny. O ile mowcy wiadomo, były w wapieniu jurajskim w Pychowicach robione wiercenia, które stwierdziły tam obfite ilości wody, nie zawierającej żadnych bakteryi. Należałoby z tego skorzystać, bo wapień jurajski ciągnie się aż do Krzeszowic, zatem tam możnaby zapewne uzyskać dostateczną ilość dobrej wody.

4) Kol. prof. Nitsch: W miejskiej pracowni bakteryologicznej bada się obecnie codziennie wodę z 10 kranów wodociągowych, wziętą w różnych okolicach miasta. Badania te wykazują, że prawie stale w wodzie znajduje się prątek okrężnicy. W okresie niebezpieczeństwa zawleczenia cholery, czerwonki i tyfusu badano stale i co do tych bakteryi: nigdy ich nie stwierdzano. Nie znaczy to jednak, że te drobnoustroje w przyszłości również nie będą występować, gdyż jeżeli grunt przepuszcza prątki okrężnicy z Wisły, to może przepuszczać w razie ich wystąpienia w Wiśle taksamo dobrze zarazki czerwonki, tyfusu i chory. Z tego względu konieczna jest jakaś reforma, która powinna iść w kierunku stworzenia innych jeszcze źródeł. Przytem byłoby bardzo pożądane, aby pobieranie wody ze studzien do badania bakteryologicznego odbywało się w sposób, odpowiadający więcej zasadom aseptyki, niż się to dzieje dziś. Badanie bowiem w warunkach odpowiednich zyskuje na wartości bardzo wiele.

5) Inż. Z. Rodakowski: Jest faktem, że woda krakowska pochodzi z Wisły, i że wprawdzie jest możliwa do użytku, ale nie jest idealna. Jest to zapewne następstwem położenia finansowego miasta, położenia, które zmusiło do oszczędnego postępowania przy znacznem powiększeniu ilości wody dla miasta. Nie zmniejsza to jednak konieczności reformy, między innemi i ze względu na przewidziamy dalszy rozwój miasta. Budowa nowego wodociągu będzie konieczna, bo leczenie dzisiejszego nie doprowadzi do pożądanego celu.

6) Dyr. Jaszczurowski: Krytykując dzisiejsze urządzenie wodociągowe, pamiętać należy o tem, że gmina budowała wodociąg wbrew zakazom władz centralnych dlatego, że budowała na własnych gruntach. Gdy wodociąg budowano, wtenczas nie było możliwe budować go gdzieindziej.

7) Prof. Sikorski: Byłoby bardzo wskazane, aby wodę badano nie tylko z kranów, ale i z pojedynczych studzien ze względu na konieczność ponoszenia przez kogoś odpowiedzialności za zanieczyszczenia wody.

8) W końcu kol. prelegent udzielał wyjaśnień.

Sekr. dor. Dr Michejda.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Józef Hornowski: **Dysenterya i tyfusy.** (Powszechne Wykłady Wszechnicy i Politechniki lwowskiej Nr. 31). Lwów 1918. Nakładem Książnicy polskiej Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych. Str. 54.

Tenże: **Samoobrona organizmu w walce o zdrowie i życie, a choroby, starość i śmierć.** (Powsz. Wykł. Nr. 32). Str. 100. z 24 rycinami w tekście.

W przeciwieństwie do Warszawy, nie obfitował zbyt ani Lwów, ani Kraków w lekarzy, oddających pióro na usługi wykształconego ogółu. Stąd wynikał niejednokrotnie dotkliwy brak książek, uprzystępniających szerszym kołom zdobycze nauk lekarskich. Brak to szkodliwy, bo koła te potrzebują i szukają w tym kierunku wiadomości; a nie dostając ich z rąk zawodowych, karmią się wydawnictwami, pełnemi fałszów, fabrykowanemi przez niedouczków lub oszustów, a wydawanemi li dla zysku.

Nieliczny szereg poważnych pisarzy lekarskich, pracujących dla szerszych kół, powiększa prof. Hornowski. Nie jest rzeczą łatwą pisać dostępnie dla czytelników, nie obeznanych zgoła z medycyną; autor oprócz przerzucenia się ze zwykłego stylu naukowego do lżejszej formy pogadanki raczej, niż wykładu, musi sobie doskonale uprzytomnić, do jakich granic można się posunąć w popularyzacyi medycyny, a przytem musi liczyć się z tem, że czytelnik — który bez trudu przyjmuje popularyzacyę z zakresu nauk humanistycznych, bo do tego ma jakie-takie przygotowanie — niema zwykle żadnych podstaw, żadnego przygotowania do zrozumienia zjawisk biologicznych i że trzeba temu czytelnikowi wyjaśniać rzeczy najelementarniejsze. Obiema swemi rozprawami dowiódł prof. Hornowski, że z temi trudnościami się liczył i nietylko prawie zupełnie je opanował, ale zaletami stylu stanął odrazu w pierwszym szeregu naszych popularyzatorów. O niewątpliwym talencie w tym kierunku świadczy zwłaszcza rozprawa p. t. »Samoobrona organizmu«, w której oparcie się o tło ogólnobiologiczne podnosi nastrój wykładu i pięknie rozszerza jego horyzonty. Możnaby podnieść zarzut z powodu może zbyt częstej personifikacyi zjawisk biologicznych i z powodu takiego sposobu przedstawienia poglądów Miecznikowa na starzenie się, jak gdyby się autor na te poglądy ze wszystkiem bez zastrzeżeń pisał; są to jednak drobne szczegóły, nie odejmujące rozprawie jej praktycznej wartości. R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 6. III. posiedzenie, na którem dr. Piotrowski omówił szczegółowo sprawę rozwiązania ciężarnych, chorych na gruźlicze zapalenie opon, na zasadzie przypadków z kliniki prof. Rosnera, dr. Szancenbach przedstawił szereg preparatów, pochodzących z przypadków mięsaka, gruczolako-raka i nabłoniaka kosmówkowego macicy, omawiając ich właściwości kliniczne, w końcu dr. doc. Zubrzycki przedstawił przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej, powikłany miesiączkowaniem przez pęcherz, przypadki niezwykłej zawartości torbieli skórzakowej, przypadek salpingitis nodosa, w końcu kilka przypadków ciąży zamacicznej z uwzględnieniem ich etyologii. W dyskusyi zabierali głos: dr. Radwańska, doc. Zubrzycki, prof. Rosner, Gliński, Ciechanowski, doc. Kleczkowski, dr. Rychliński, prof. Krzyształowicz.

Dalszy ciąg posiedzenia (wykłady prof. Rosnera i dr. Radwańskiej) odbędzie się dnia 13. marca.

— Prof. Dr. Antoni Mars ze Lwowa przyłączył się do grona kolegów, przyczyniających się dobrowolnie do kosztów wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«.

— W dziennikach pojawiły się odezwy Towarzystw bratniej pomocy słuchaczów uniwersytetu, by ci, którym zasiłki z tych Towarzystw dopomogły do osiągnięcia stanowiska, zwrotem tych kwot dopomogli teraz do ukończenia studyów młodzieży, walczącej obecnie z bardzo wielkiemi trudnościami z powodu drożyzny. Na ten apel złożył jeden z młodych lekarzy krakowskich (aczkolwiek nie korzystał z zasiłków Bratniej pomocy, lecz tylko z pomocy dobrych ludzi w trudnych przejściach) do rąk i do rozporządzenia Redaktora »Przeglądu lekarskiego« pięćset koron na jednorazowy zasiłek dla słuchacza medycyny w Krakowie, Polaka, z tem, by to stypendyum po dojściu do stanowiska stypendysta znów oddał najwięcej potrzebującemu. Kwotę tę przyznano w porozumieniu z Bratnią pomocą medyków słuchaczowi Uniw. Jag., najbardziej potrzebującemu pomocy.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr. 9) podaje, że na posiedzeniu 15. II. 1918 postanowił Wydział lekarski warszawski zaprosić: na katedrę anatomii patologicznej Z. Dmochowskiego i J. Hornowskiego ze Lwowa, na katedrę patologii ogólnej A. Wrzoska z Krakowa, na dwie katedry medycyny wewnętrznej primo loco A. Gluzińskiego ze Lwowa i K. Rzętkowskiego z Warszawy, secundo loco W. Janowskiego z Warszawy; na katedrę propedeutyki A. Sokołowskiego z Warszawy, na dwie katedry chirurgii primo loco L. Kryńskiego z Warszawy i M. Rutkowskiego z Krakowa, secundo loco F. Kijewskiego z Warszawy.

Postanowiono też wciągnąć do pracy dydaktycznej dla Uniwersytetu (o ile zawarty będzie układ z Zarządem miasta, jako właściciela szpitali) oddziały szpitalne internistyczne B. Dębińskiego, S. Bronowskiego i A. Puławskiego, chirurgiczne A. Leśniowskiego i B. Sawickiego.

Z końcem lutego rozpoczęły się po raz pierwszy na Wydziale lekarskim egzamina ścisłe, mianowicie pierwsze rygorozum, od którego zależy dopuszczenie do dalszej części studyów.

— W Towarzystwie higienicznem utworzono fundacyę im. K. Chełchowskiego dla popierania higieny ludowej. Fundacya wynosi obecnie 4000 rb.; do zarządu jej zostali wybrani Dr. Bączkiewicz, Kucharzewski, A. Puławski, Rząd i Stankiewicz.

— Z powodu srożenia się epidemii duru plamistego pisze »Gazeta lekarska« (Nr. 8): »Do walki z tą chorobą należy być uzbrojonym w podwójny oręż: mieć możność zaopatrywania ludności w żywność w ilości wystarczającej i posiadać władzę do faktycznego odbrudzenia ludności. Wyznaczone obecnie racye żywnościowe zaledwie pokrywają $^1/_3$ rzeczywistych potrzeb. Odkażenie mieszkań, odosobnienie chorego i rodziny, odwszanie, ogólne czyszczenie domów w obecnych warunkach przeprowadzić się nie daje. ...Toć przecież dziś w warunkach, w jakich żyjemy, spalenie n. p. siennika ma ten skutek, że »odkażony« musi spać na gołej podłodze, a »odwszony« jest takim tylko na jeden dzień; powraca do domu nieoczyszczonego i niema bielizny do zmiany, gdyż jest w posiadaniu jedynej tylko, i to podartej koszuli; brak mu mydła, brak gorącej wody... Stawiają nam za przykład ludność niemiecką... Ludność niemiecka żyje w zupełnie odmiennych warunkach: ma możność zarobkowania, jest znacznie lepiej odżywiana, otrzymuje po cenach nizkich żywność, ubranie. Gdy ludność nasza zostanie zrównana w prawach z ludnością innych krajów lub gdy będziemy mogli zaopiekować się tą ludnością samodzielnie, wtedy zapewne zdołamy zwalczyć epidemie«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **13. marca 1918** o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym, jako ciąg dalszy posiedzenia z 6. III., wykłady Dr. Radwańskiej prof. Rosnera i doc. Zubrzyckiego.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 11. Kraków, 16. marca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 16. marca 1918. Nr. 11

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Znaczenie odczynu Wassermanna w kontroli sanitarnej prostytutek.

Podał

Dr. Franciszek Walter

tymczasowy kierownik oddziału.

Dwa są najważniejsze postulaty naukowo pojętej kontroli zdrowia prostytutek. Pierwszy, to badanie okresowe drobnowidowe, wydzieliny błon śluzowych narządów rodnych co do dwoinek Neissera; drugi, to badanie surowicy krwi co do odczynu Wassermanna. Badanie to należy przeprowadzać szczególnie u prostytutek młodych, znajdujących się w okresie utajonej kiły.

Pierwszy postulat, mimo przeciwnych zapatrywań wielu lekarzy i higienistów, uważać należy za bardzo ważny. Wszak statystycznie udowodniono zmniejszenie się ilościowe przypadków świeżego wiewióra mężczyzn w miejscowościach, gdzie przeprowadzono systematyczne badanie drobnowidowe prostytutek co do obecności dwoinek wiewiórowych. Maksymilian Müller przytacza dane statystyczne z Metzu, wykazujące niezbicie, że ilość zakażenia wiewiórowego u załogi stale i znacznie się zmniejszała w tych latach, w których zaprowadzono lepszą kontrolę zdrowia prostytutek, a zwłaszcza wskutek wprowadzenia drobnowidowego badania wydzieliny błon śluzowych narządów rodnych.

Również koniecznym i ważnym postulatem jest systematyczne badanie surowicy krwi co do odczynu Wassermanna. Ważne bowiem dla lekarza sanitarnego jest poznanie dokładnego stanu zdrowia prostytutek, zwłaszcza w kierunku kiły. Na pierwszy plan wysuwałaby się okoliczność, że prostytutka, znajdująca się w okresie kiły utajonej, mająca jednak dodatni odczyn Wassermanna, może stać się przyczyną zakażenia? Jako typowy przykład niech posłuży przypadek lekarza wiedeńskiego, który uległ zakażeniu kiłą od prostytutki w dniu wypuszczenia jej z oddziału bez objawów; prostytutka ta, w dniu wypuszczenia jej ze szpitala, badana była przez takie powagi, jak Neumann i Finger, jak również przez lekarzy policyjnych. Również i Müller ogłasza przypadki, gdzie źródłem dwu zakażeń kiłowych była prostytutka, u której autor nie mógł znaleźć żadnych objawów kiły prócz dodatniego odczynu Wassermanna. Dziewczyna ta była leczona przeciwkiłowo przed półtora rokiem, a więc znajdowała się w okresie kiły utajonej. Podobnych przypadków zakażenia się przytacza Müller jeszcze cztery, gdzie prostytutki w okresie kiły utajonej, mimo że były systematycznie badane, jednak stały się źródłem świeżego zakażenia.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać dwa podobne przypadki. W jednym, młody człowiek uległ zakażeniu mieszanemu (chancre mixte) od prostytutki, którą w dwa dni potem przysłał lekarz policyjny do lekarza klinicznego z rozpoznaniem »wrzodów miękkich u osobnika z kiłą utajoną«. U prostytutki tej stwierdzono kilka typowych wrzodów miękkich w okolicy odbytnicy. Chora, od dwóch lat dotknięta kiłą, ostatnie leczenie przechodziła przed pół rokiem; odczyn Wassermanna jednak był wybitnie dodatni. — W drugim przypadku podano za źródło zakażenia prostytutkę, zamieszkałą w domu publicznym, dwukrotnie leczoną przeciwkiłowo na naszym oddziale, u której przy codziennej kontroli nie znajdowano żadnych zmian przyrody kiłowej.

Tak więc z tych przypadków, które wprawdzie opierają się tylko na prawdomówności pacyentów, należałoby przyjąć, że kobiety w okresie kiły utajonej mogą być niebezpieczne dla obcujących z niemi płciowo mężczyzn.

Zastanowić się teraz należy, czy doświadczenia pracowniane poprzeć mogą kliniczne spostrzeżenie. Badanie doświadczalne kiły weszło na szerokie tory dopiero z chwilą odkrycia szczepienia jadu kiłowego na tkankę jądrową królików. Z doświadczeń zajmują nas przedewszystkiem szczepienia na króliki krwi osobników, znajdujących się w okresie kiły utajonej. O tem, że krew może stać się źródłem zakażenia w okresie kiły utajonej, wiedzieli już dawniejsi syfilidologowie. Fournier spostrzegał przypadek przeniesienia kiły drogą limfy na dziecko przy szczepieniu przeciw ospie. Przypadki Fingera również zaliczyć należy do tej grupy. Badania doświadczalne ostatniego dziesięciolecia dobitnie stwierdziły, że krętki blade o wiele prędzej i dłużej krążą we krwi chorego osobnika, niż to przypuszczano. Znajdowano je w okresie zmiany pierwotnej, gdy odczyn Wassermanna był jeszcze ujemny (Frühwald).

Po raz pierwszy odkryli krętki blade we krwi Raubitschek, Noeggerath, Staehelin. Hoffmann pierwszy zaszczepił zakażoną krew na małpy, a Uhlenhuth i Mulzer odwłóknioną zakażoną krew w jądra królików z wynikami dodatnimi. Uhlenhuth i Mulzer szczepili króliki krwią osobnika z kiłą utajoną, trwającą od czterech lat i zdołali otrzymać dwa wyniki dodatnie na piętnaście szczepień. We wszystkich tych przypadkach odczyn Wassermanna był dodatni. Ledermann opisuje jeden dodatni przypadek, a Frühwald dwa. Właściwie dodatnimi przypadkami były tylko przypadki Frühwalda i Graetza; Graetza — z okresu kiły utajonej trwającej lat 7, leczonej, bez żadnych objawów, tylko z odczynem Wassermanna dodatnim. Uhlenhuth bowiem zaszczepił z wynikiem dodatnim krew matki z odczynem Wassermanna dodatnim, bezpośrednio znajdującej się po porodzie dziecka, z typowymi objawami kiły wrodzonej. Tak więc nie możnaby było uważać tego przypadku za pewny, gdyż przyjąć należy urodzenie dziecka kiłowego za objaw kiły matki. Natomiast przypadki Frühwalda i Graetza odnosiły się do przypadków pewnej kiły utajonej, w których nie stwierdzono badaniem klinicznem żadnych objawów prócz dodatniego odczynu Wassermanna.

Tak więc doświadczalnie stwierdzono obecność krętków bladych we krwi osobników z kiłą utajoną. Podnieśćby tu można zarzut, że obecność krętków bladych w tych przypadkach mogła być objawem zbliżającego się nawrotu. Jednakże przypadki Frühwalda, dotyczące prostytutek, nie potwierdziły tej możliwości mimo dłużej trwających obserwacyi. Tak więc udowodniono, że krew osobników z kiłą utajoną może być niebezpieczna, i to w wysokim stopniu. Jak długo jednak krew może zachowywać swoją jadowitość poza ustrojem, co do tego brak jest wyczerpujących doświadczeń. Graves spostrzegał, że po godzinnem przechowaniu w ciepłocie pokojowej zachowała krew jeszcze swą jadowitość, natomiast straciła tę własność po upływie trzech godzin. Uhlenhuth i Mulzer, o ile szczepili świeżą krew, zaraz po nakłuciu żylnem, otrzymywali wyniki dodatnie; po 24 godzinach szczepienia nie udawały się. Frühwald szczepił krew z wynikiem dodatnim po godzinnem staniu; Aumann po 2 godzinach.

Do szczepienia krwi na zwierzęta najlepszą porą jest okres tuż przed wysypką, albo w czasie jej początkowym. Że nie zawsze jednak udają się szczepienia, dowodziłoby to, że niekoniecznym jest warunkiem, aby przy pojedynczych objawach chorobowych musiały być obecne koniecznie krętki blade we krwi. Pasorzyty te bowiem, to raczej pasorzyty limfy, a nie krwi. Z drugiej strony nie należałoby zapominać, że mimo ujemnych szczepień i badań drobnowidowych mogą krętki znajdować się we krwi, jednak w bardzo nieznacznej ilości.

Dodatnie przypadki szczepień krwi osobnika z kiłą utajoną mają więc bardzo doniosłe znaczenie w klinice kiły. Przecież wielu nawet lekarzy (są to spostrzeżenia na samych sobie, więc tem większą należy im przypisać wagę) po wyleczeniu — a przynajmniej uważając się za wyleczonych — nie znajdując u siebie przez dłuższy okres czasu jakichkolwiek objawów kiły, zawarło związki małżeńskie, a przecież żony ich uległy zakażeniu. Najprawdopodobniej stało się to drogą nasienia. Tu bowiem mogły się długi czas ukrywać w tkance jądrowej krętki blade. Dlatego też Graetz, uważając to za objaw bardzo ważny, radzi przed ślubem u przyszłego małżonka badać nasienie przez szczepienie na króliki. Szczepienie bowiem samej krwi — przy dzisiejszych warunkach technicznych — nie jest jeszcze zupełnie pewne, (zawodzi przecież i w kile otwartej). To badanie nasienia lub materyału, otrzymanego przez nakłucie tkanki jądrowej, uważa Graetz równo z Aumannem za pewniejsze, niż odczyn Warssermanna. Jednakże o tem, że przypuszczenia i wnioski tych autorów nie zupełnie są pewne, poucza nas dostatecznie spostrzeżenie kliniczne w kile wrodzonej.

Niebezpieczeństwo zakażenia przez osobniki z kiłą utajoną odnosi się przedewszystkiem do prostytutek. Żadna bowiem w swej karyerze nie ujdzie zakażeniu, każda bez wyjątku, oddająca się przez dłuższy czas nierządowi, wcześniej czy później ulega zakażeniu kiłowemu.

Dlatego ważne jest w kontroli sanitarnej prostytutek okresowe badanie krwi co do odczynu Wassermanna, ze względu przedewszystkiem na zarządzenia zapobiegawcze w razie dodatniego odczynu; każdy bowiem w ten sposób stwierdzony przypadek poddać musimy przymusowemu leczeniu swoistemu.

Już dawne kliniczne spostrzeżenia pouczyły nas, że kiła przeważnie jest niebezpieczna co do udzielania się w pierwszych czterech do pięciu lat po zakażeniu. Dokąd odczyn Wassermanna jest dodatni, musimy to uważać za objaw kiły czynnej, a więc przedewszystkiem obawiać się musimy możliwości zakażenia; sprawa bowiem stosunku powstawania późniejszych zmian trzeciorzędnych lub t. zw. parasyfilitycznych do odczynu Wassermanna nie wchodzi w zakres naszych rachub. Zmiany trzeciorzędne ze względu na małą zaraźliwość i swoją siedzibę nie są tak niebezpieczne; sam ich obraz zewnętrzny wywrzeć musi odpowiednie wrażenie.

W okresie trzechletnim 1914—1917 zbadałem z górą 4 tysiące surowic krwi w kierunku odczynu Wassermanna. Znaczna część badanych surowic pochodziła od prostytutek t. zw. jawnych i tajnych, jakoteż od kobiet, przychwyconych podczas obław policyjnych.

Ogólna liczba tych przypadków wynosiła 1039.

W okresie kiły utajonej — przypadków mających największe znaczenie dla kontroli sanitarnej było 296, z czego na prostytutki reglamentowane przypadało 198, na tajne, względnie na kobiety, schwytane podczas obław, przypadków 98. Co do wieku, to

w 16 roku życia było przypadków	prost. regl. 4	tajn. 6
17	12	2
18	20	11
19	18	16
20	38	14
21—25	59	25
25—30	38	18
30—40	9	6
	198	98

Tak więc główną część przypadków z kiłą utajoną stanowią dziewczęta młode i z jasnych powodów tam niebezpieczniejsze dla przenoszenia zakażenia.

Z tej liczby ogólnej przypadało na prostytutki reglamentowane z odczynem Wassermanna dodatnim przypadków 159, z ujemnym 39; tajnych prostytutek z odczynem Wassermanna dodatnim było 79, ujemnym 19.

W tej liczbie było prostytutek reglamentowanych dotkniętych prócz kiły utajonej także i wrzodem miękkim z odczynem Wassermanna dodatnim 42, — ujemnym 8; tajnych prostytutek z O. W. dodatnim 7, ujemnym 1.

Również zaliczono i przypadki leczone z powodu owrzodzenia przyrody nie wenerycznej (erosio, ulcus artif. i t. d.), tych było u prostytutek jawnych z odczynem W. dodatnim przypadków 29, ujemnym 5, u tajnych z O. W. dodatnim 5, ujemnym 1.

Przypadków jawnej kiły było 468; a prostytutek jawnych w okresie zmiany pierwotnej 20 i 4 zakażenia mieszane, w okresie kiły drugorzędnej 201, trzeciorzędnej 5. Prostytutek tajnych w okresie zmiany pierwotnej było 32 i 6 zakażeń mieszanych, w okresie drugorzędnym 197, trzeciorzędnym 3. Wszystkie prawie dotknięte kiłą drugorzędną, znajdowały się we wczesnych okresach kiły drugorzędnej, trwającej 1—2 lat; przeważna ilość przypadała na dziewczęta nieletnie i te stanowiły znaczną część prostytucyi tajnej.

Osobników wolnych od zakażenia kiłowego było 275, z czego na prostytutki reglamentowane przypadało 116 (w tem przypadków z wrzodem miękkim 35), na tajne 159 (w czem 24 z wrzodami miękkimi). Dziewczęta te, wolne od kiły, w przeważnej części przypadków były nieletnie, a jako prostytutki niedawno oddawały się swemu zawodowi (zaledwie kilka miesięcy).

Jeżeli zwrócimy uwagę na zaznaczone na wstępie przypadki zakażenia kiłowego od prostytutek, znajdujących się w okresie kiły utajonej, musi nas uderzyć groźba niebezpieczeństwa zakażenia od tych dziewcząt, których kiła datuje się od niedawna, mimo że nie mają żadnych objawów. Następnie, jeżeli przypomnimy sobie doświadczenia autorów z przeszczepieniami krwi osób tylko z odczynem Wassermanna dodatnim, z udałymi wynikami, — to spostrzeżenia te musi mieć w pamięci przedewszystkiem lekarz, wykonujący kontrolę sanitarną nad prostytutkami. Musi on znać stan, względnie okres kiły utajonej swojej pacyentki, a w pierwszym rzędzie wynik odczynu Wassermanna. Niejednokrotnie dotyczyć może sprawa banalnych nadżerek na błonach śluzowych części rodnych, owrzodzeń przyrody nie wenerycznej, nieraz sztucznie lub przypadkowo wywołanych, one bowiem stać się mogą niebezpieczne przez swą wydzielinę surowiczą lub krwawą, w niej bowiem znaleść się mogą pojedyncze krętki blade. Również odnosi się to i do wrzodów miękkich, te bowiem stać się mogą przyczyną podwójnego, mieszanego zakażenia.

Tak więc obecność tych zmian, nieraz banalnych, powinna być przyczyną do przymusowego leczenia przeciwkiłowego w razie obecności kiły utajonej. Ale nie tylko w takich okolicznościach należałoby podejmować leczenie. Przez systematyczne okresowe badanie surowic prostytutek możemy z łatwością wyśledzić tę fazę w okresie kiły utajonej, która może być zakaźną, t. j. okres zjawiania się dodatniego odczynu Wassermanna. I te przypadki należałoby również poddać swoistemu leczeniu. Bezwątpienia należy to do rzeczy bardzo trudnych; ogólnie przecież jest znana niechęć prostytutek do leczenia się. Do wyjątków należą takie, które, znając istotę swej choroby, leczą się okresowo w czasie wyznaczonym przez lekarza. Przeważna część lekceważy sobie stan swej choroby, a gdy wskutek występującego nawrotu zmiany kiłowe zmuszą lekarza do odesłania prostytutki do leczenia oddziałowego, uważa to ona za wielką krzywdę, niesłusznie wyrządzoną. Być może, że w niechęci do leczenia utrzymuje prostytutki konieczność długiego pobytu w szpitalu i związane z tem ograniczenia. Dla tych więc przypadków powinny być założone poradnie, najlepiej przy klinikach lub szpitalach, gdzie znajdują się oddziały dla prostytutek. Tu mogłyby prostytutki odbyć leczenie, nie połączone z niedogodnościami pobytu szpitalnego. W ten sposób leczone, przestawałyby być niebezpieczne dla swych klientów.

W każdym razie należałoby pociągnąć linię graniczną między prostytutkami, które dawniej uległy zakażeniu, a takiemi, które znajdują się we wczesnych okresach kiły utajonej. Wiemy bowiem, że odczyn Wassermanna utrzymuje się nieraz długie lata mimo najusilniejszego leczenia danego osobnika; odczyn niejako przeżywa kiłę i o wiele trudniej usunąć go, niż najcięższe objawy kliniczne. Ideałem byłoby osiągnięcie ujemnego wyniku, że jednak to nieraz trudne do urzeczywistnienia, tak nieraz i w tym wypadku poniechać musimy i najlepszych chęci. Lekarz policyjny w pierwszym rzędzie zwracać musi uwagę na dziewczęta, znajdujące się w pierwszych 4 latach utajonej kiły.

O wiele trudniej byłoby przeprowadzić wykonywanie badania u kobiet, oddających się tajnej prostytucyi, a dotkniętych kiłą. Do systematycznego leczenia z powodu braku kontroli nie będą one zmuszone, a przypadkowe tylko schwytanie ich podczas obław i wskutek donosów może dać możność przeprowadzenia serologicznego badania i ewentualnego leczenia. Od kilku lat przeprowadzam u każdej prostytutki lub kobiety, przysłanej przez lekarzy sanitarnych do leczenia lub celem obser-

wacyi, — badanie krwi w kierunku odczynu Wassermanna. Przedewszystkiem ma to znaczenie dla kiły utajonej, tu bowiem dodatni odczyn stanowi powód dla przeprowadzenia leczenia swoistego. Nieraz natrafia to na opór ze strony doświadczonych prostytutek, które wiedzą, że zmiany, z któremi je przysłano do leczenia, nie są kiłowemi.

Przeprowadzenie tych systematycznych badań u każdej dziewczyny, podejrzanej o wykonywanie prostytucyi, wykazało także dodatnie strony i pod innymi względami.

W pewnej liczbie przypadków odkryto stan utajonej kiły tam, gdzie ani wywiady, ani badanie kliniczne, nie dało żadnych danych co do istnienia kiły w ustroju. Prostytutki i dziewczęta, które przeczyły przebyciu kiły, wykazywały wybitne odchylenie komplementu w surowicy. W razie takiego zahamowania hemolizy powtarzaliśmy odczyn poraz drugi w kilka dni; jeżeli powtórnie wypadł wybitnie dodatnio, uważaliśmy ten przypadek jako przypadek kiły utajonej i jako taki poddawaliśmy leczeniu.

Szereg podobnych przypadków znajdujemy w wielu cyfrach statystycznych różnych autorów. I tak statystyka Pinkusa wykazuje, że z 230 prostytutek, które według wywiadów nigdy nie były leczone przeciwkiłowo, a u których badanie kliniczne nie wykazywało objawów chorobowych, u 180 badana surowica dała wybitne zahamowanie hemolizy; ale i z tych pozostałych 50 z odczynem Wassermanna ujemnym, prawie wszystkie napewno musiały przebyć kiłę albo też znajdowały się w okresie utajenia. Również inni, jak Becker (na 80 prostytutek bez objawów kiły w wywiadach, 33 odczynów Wassermanna dodatnich) Hecht, Hoehne, podobne spostrzegali przypadki. Dreyer i Meirowski na 43 dziewcząt, przeczących przebyciu kiły, u 26 względnie 32 stwierdzili dodatni odczyn Wassermanna. Statystyka moja wykazuje 69 przypadków bez wywiadów i objawów klinicznych kiły, jednak z odczynem Wassermanna dodatnim. Z ogólnej tej liczby na notoryczne prostytutki wypadło przypadków 33, na tajne prostytutki i przy obławach policyjnych schwytane dziewczęta — przypadków 36. Czas trwania kiły nie mógł być stwierdzony; część jawnych prostytutek oddawała się swemu zawodowi w 26 przypadkach od 1—2 lat, w 9 natomiast dłużej, bo 5, 7, 11, 13 lat. Przypadki te zaliczyć musimy w większej części do kiły nierozpoznanej (lues ignorata). Wiele bowiem zmian pierwotnych przebiegało prawdopodobnie pod banalnemi na pierwszy rzut oka postaciami, lub w miejscach trudno dostępnych badaniu, n. p. na części pochwowej macicy (usadowienie takie stwierdzić mogliśmy na naszym materyale 3-krotnie). Poza tem zmiany kliniczne drugorzędne mogą być tak skąpe, że również mogą ujść uwagi lekarza, tembardziej pacyentki. Również i zakażenie mieszane, rozpoznane może być tylko jako wrzód miękki i jako taki leczone.

Ale nie trzeba w każdym razie zapominać, że w wielu przypadkach spotykamy się z notorycznem kłamstwem dziewcząt w celu ukrycia stanu chorobowego.

Czy jednak w takich przypadkach i u takich osobników dodatni odczyn Wassermanna uważać należy za pewny objaw kiły czynnej lub przebytej, czy też za odczyn w tych przypadkach zupełnie nieswoisty? Na 4 tysiące wykonanych odczynów nie zdarzyło mi się, aby w przypadkach, gdzie nie było napewno kiły, odczyn wypadł dodatnio. W jednym tylko przypadku daleko posuniętego charłactwa nowotworowego (stenosis neoplasmatica recti) było częściowe zahamowanie hemolizy; przypadki podobne są dobrze znane i ogłaszane niejednokrotnie w piśmiennictwie serologicznem. Nie należy jednak zapominać i zaniedbywać w tych przypadkach dodatniego wyniku — także i badania klinicznego; nawet poniekąd musi ono iść przed odczynem Wassermanna; należy śledzić za śladami objawów kiłowych, blizn, gruczołów i t. d. I niejednokrotnie, jak nas poucza doświadczenie kliniczne, znajdziemy coś, co uszło pierwotnie naszej uwagi. Również i oględziny pośmiertne wykazały nieraz zmiany kiłowe narządów wewnętrznych, które za życia nie były dostępne badaniu klinicznemu. I w naszej statystyce znalazłyby się przypadki, gdzie mimo pierwszego badania ujemnego, — po otrzymaniu dodatniego odczynu — znajdowały się jednak ślady przebytej kiły przy powtórnem bardzo dokładnem badaniu. Oczywiście nawet i powtórne badanie może nas zawieść, ale wykonany po raz drugi odczyn z wynikiem dodatnim, — i to jeszcze u osobnika, oddającego się prostytucyi, — utwierdzić nas musi w rozpoznaniu kiły utajonej nieświadomej.

(Dokończenie nastąpi)

Z oddziału dla chorób nerwowych c. k. rezerwowego szpitala Nr I we Lwowie.

O zaburzeniach pęcherzowych u żołnierzy.

Podał

st. lekarz **Dr Jakób Rothfeld**

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lw., obecnie kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

Zaznaczyłem już na wstępie, że objawy ze strony pęcherza są tesame zarówno w przypadkach świeżo nabytych, jak w nawrotach wrodzonego mimowolnego moczenia. Jeżeli mimo to odróżniam przypadki nabyte od wrodzonych, to czynię to z tego powodu, że dla przypadków wrodzonych (enuresis nocturna essentialis) podano pewne objawy cielesne, które niektórzy autorowie uważają za znamienne. Przypominam zbiór objawów, podany przez Fuchsa [17]), a nazwany przez niego myelodysplazyą; tu należą obok moczenia nocnego rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida occulta), pozaciągane blizny w okolicy kości krzyżowej i guzicznej, nieprawidłowe uwłosienie nad kością krzyżową, znamiona barwikowe, tłuszczaki, zrośnięcie palców u nóg, nieprawidłowości odruchów skórnych i ścięgnistych, zaburzenia czuciowe. O ile dawniej zaliczono mimowolne nocne moczenie do nerwic, to Fuchs i Mattauschek [18]) wskazali na przedmiotowe objawy cielesne i uważają tę jednostkę chorobową za wynik niedokształtu dolnego odcinka rdzenia kręgowego. Późniejsze badania potwierdziły na ogół spostrzeżenia Fuchsa. Peritz [19]) znalazł u 68·2% chorych dorosłych, a u 35% chorych dzieci zboczenia w kości krzyżowej, natomiast rzadko spotykał u tych chorych cechy zwyrodnienia. Peritz przyłącza się wprawdzie do zdania Fuchsa co do myelodysplazyi, sądzi jednak, że istnieje cały szereg przypadków, które wobec braku objawów myelodysplazyi zaliczyć należy do nerwic. Scharnke [20]) stwierdził rentgenologicznie w 60% przypadków, a Janke [21]) w 53·3% zmiany w kości krzyżowej i w kręgach lędźwiowych; podobnie, jak Peritz, nie znajduje Scharnke cech degeneracyjnych, ani zmian w odruchach i w czuciu skórnem.

Tym wynikom, stwierdzającym zapatrywania Fuchsa, przeciwstawić należy badania Trömnera [22]), który na 133 dzieci, cierpiących na nocne moczenie, nie znalazł ani razu rozszczepienia kręgosłupa. Ebstein [23]) spostrzegał przypadek, w którym stwierdził rozszczepienie kręgosłupa, a który to chory nigdy nie cierpiał na zaburzenia pęcherzowe. Ullmann znalazł na 48 chorych tylko 4 razy rozszczepienie kręgosłupa, a 26 razy zaburzenia w kości krzyżowej, jak asymetrye, rozszczepienie wyrostków kolczystych, za wysoko sięgający rozwór krzyżowy (hiatus sacralis) lub nizko schodzący górny rozwór krzyżowy, w nielicznych przypadkach spotykał zrośnięcie palców u nóg. Natomiast stwierdził ten autor nieprawidłowości w budowie czaszki, i to na 50 przypadków z wrodzonem mimowolnem moczeniem nocnem, 42 razy zniekształcenia czaszki, czaszki wieżowate, zbyt małe czaszki, wodogłowia, czaszki kwadratowe i t. p. Oprócz tego stwierdził u swoich chorych cały szereg znamion zwyrodnienia; przyrośnięte płatki uszne, zrośnięte brwi, kobiecą budowę miednicy, żeński typ uwłosienia ciała. niedostateczny rozwój umysłowy i t. d. Ullmann podnosi w przeciwstawieniu do Fuchsa, że wrodzone mimowolne moczenie nie jest przywiązane do pewnej chorobliwej konstytucyi ciała, tylko może być objawem rozmaitych wad ustrojowych.

Na 90 przypadków wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego, które spostrzegałem na oddziale, zbadano 19 przypadków rentgenologicznie (Dr Sabat). W 37% przypadków znaleźliśmy rozszczepienie kręgosłupa, w 37% asymetrye i skrzywienia części lędźwiowej kręgosłupa albo kości krzyżowej, a 26% przypadków były zupełnie prawidłowe. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy mimowolne nocne moczenie pozostaje w związku przyczynowym z rozszczepieniem kręgosłupa, względnie, o ile ta zmiana w kośćcu jest dla wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego cechującą, należało stwierdzić, czy rozszczepienie kręgosłupa nie zdarza się u ludzi zupełnie zdrowych, którzy w dzieciństwie nie cierpieli na wrodzone zaburzenia pęcherzowe. Jako materyał porównawczy mogą nam służyć przypadki nabytych zaburzeń pęcherzowych, które dotyczą ludzi, w dzieciństwie zupełnie zdrowych. Na 98 przypadków takich zaburzeń, powstałych na tle przeziębienia, badano 16 rentgenologicznie; w 25% stwierdzono rozszczepienie

kręgosłupa, w 37·5% asymetrye, skrzywienia kręgosłupa i kości krzyżowej, 37·5% było bez zmian w kośćcu. Na 10 przypadków powstałych po urazie, znaleźliśmy w 20% rozszczepienie kręgosłupa, tak że na 26 przypadków nabytych zaburzeń pęcherzowych stwierdziliśmy rozszczepienie kręgosłupa 6 razy, czyli w 23% przypadków.

	Enur. noct. cong.	Nabyte	
		po przeziębł.	po urazie
Ilość przypadków rentgeniz.	19	16	10
Spina bifida	37%	25·5%	10%
Asymetrya	37%	37·5%	20%
Prawidł.	26%	37·5%	60%

Z zestawienia tego wynika, że także u ludzi, którzy nigdy nie cierpieli na mimowolne nocne moczenie, spotykamy prawie w tej samej liczbie rozszczepienie kręgosłupa, asymetrye, skrzywienia kręgosłupa i kości krzyżowej, jak u ludzi z wrodzonemi zaburzeniami pęcherzowemi, tak że nie jest uzasadnionem twierdzenie, jakoby te zmiany rozwojowe w kośćcu były cechujące dla wrodzonych zaburzeń pęcherzowych.

Z innych objawów, zaliczonych do myelodysplazyi (Fuchs), znalazłem tylko w jednym przypadku pozaciąganą bliznę nad kością guziczną; u tego samego chorego stwierdziłem także rozszczepienie kręgosłupa i cały szereg znamion ustrojowego zwyrodnienia, jak przyrośnięte płatki uszne, wysokie, wązkie podniebienie, infantylizm. W innym przypadku stwierdziłem nad kręgosłupem, na przejściu z części piersiowej w część lędźwiową, dość znaczne znamię barwikowe i niewielką ilość dość długich włosów na środku znamienia; badanie rentgenowskie kręgosłupa w miejscu, odpowiadającem zmianie skórnej, dało wynik ujemny. Płetwowatego zrośnięcia palców u nóg nie spotkałem w ani jednym przypadku; podobnie nie stwierdziłem różnicy w odruchach skórnych i ścięgnistych. Zaburzenia czuciowe na kończynach dolnych zdarzały się wprawdzie nierzadko, jednak zmian tych nie można było zaliczyć do zbioru objawów myelodysplazyi, gdyż podobne zaburzenia czuciowe spotykaliśmy u innych chorych, jako wyraz zaburzeń naczynio-ruchowych w następstwie działania zimna.

Nieprawidłowości w budowie czaszki, na które wskazał Ullmann, stwierdziliśmy w naszym materyale w 16·6% przypadków. Uwzględnialiśmy tylko wybitne zmiany i zboczenia od stanu prawidłowego. Nadto stwierdziliśmy szereg objawów zwyrodnienia, jak wysokie, wązkie podniebienie, przyrośnięte płatki uszne, asymetrya w usadowieniu uszu, drżenie oczu, objaw Chwostka, infantylizm, żeński typ uwłosienia, spodziectwo, przedzielone ujście zewnętrzne cewki moczowej, w dwóch przypadkach podwójne ujścia moczowodów, w kilku przypadkach wrodzone małe zaułki w ścianie pęcherza moczowego. Zauważyć należy, że zmiany w budowie czaszki i wymienione znaki zwyrodnienia spotykaliśmy zarówno w przypadkach wrodzonych zaburzeń pęcherzowych, jak i w przypadkach nabytych.

Spostrzeżenia na naszym materyale wiodą do wniosku, że mimowolne moczenie nocne nie jest wyrazem jedynie zmniejszonej wartościowości dolnego odcinka rdzenia, lecz że jest w związku z ogólną wadliwą budową ustroju; w tej mierze przyłączam się zupełnie do zdania Ullmanna. Z drugiej strony wykazuje nasz materyał, że zarówno rozszczepienie kręgosłupa, jak i zmiany w budowie czaszki i znamiona degeneracyjne, zdarzają się tak w przypadkach wrodzonych, jak i w nabytych. Fakt ten przemawia przeciw związkowi przyczynowemu między wrodzonemi zmianami w kostnych osłonach zarodkowego układu moczowego, a wrodzonemi zaburzeniami pęcherzowemi; mojem zdaniem należy przyjąć, że wrodzone mimowolne moczenie nocne jest objawem degeneracyjnym, współrzędnym z rozszczepieniem kręgosłupa i nieprawidłową budową czaszki, że jest zatem tylko jednym z objawów ogólnej neuropatycznej konstytucyi cielesnej.

Szczególną uwagę zwracaliśmy na badania cystoskopowe, tembardziej, że niektórzy autorowie podkreślali częste zmiany na błonie śluzowej, beleczkowaty przerost mięśnia wypieracza w przypadkach wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego, jak i w nabytej niemożności zatrzymania moczu. Trembur, Scharnke zaliczyli nawet przerost beleczkowaty do zbioru objawów myelodysplazyi; pierwszy z nich znalazł w 53·8%, drugi w 58⅔%, Ullmann w 53·5% przypadków wspomniane zmiany w pęcherzu. Również często stwierdzali przerost Juliusberg i Hiller. Na 53 cystoskopowanych[1]) przypadków wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego z naszego materyału stwierdzono tylko w 5·7% wyraźne zmiany w postaci beleczkowatego przerostu, w 24·5% były zmiany te tylko zaznaczone i ograniczały się do bocznych części pęcherza lub okolicy ujść moczowodów. Podnieść należy, że zmiany te były bardzo nieznaczne, tak że często niewiele przekraczały granicę stosunków fizyologicznych. Wybitne zmiany w pęcherzu są również i w przypadkach nabytej niemożności zatrzymania moczu rzadkie. Na 49 badanych przypadków stwierdziliśmy w 6·1% wyraźny, a w 22·4% zaznaczony przerost wypieracza.

	Enuresis noct. cong.	Nabyte zaburzenia po przeziębieniu
ilość badanych przypadków	53	49
przekrwienie trójkąta	9·4%	16.3%
zaznaczony przerost	24·5%	22·4%
wyraźny beleczkowaty przerost	5·6%	6·1%
stosunki prawidłowe	59·5%	55·2%

Na podstawie naszych wyników badań cystoskopowych musimy przyjąć, że przerost beleczkowaty mięśnia wypieracza jest zarówno w przypadkach wrodzonych, jak i nabytych zaburzeń pęcherzowych rzadkim objawem.

Drugą ważną grupę stanowią w naszym materyale zaburzenia pęcherzowe, wywołane urazem, 41 przypadków powstało na tle urazu, jak stłuczenia w okolicy kości krzyżowej, urazy w powłoki brzuszne, dźwignięcie ciężarów, skok, zasypanie ziemią przy wybuchu granatów.

Skutki urazu są rozmaite, zależnie od gwałtowności urazu, miejsca, na które uraz działa, w końcu od kierunku działania urazu. I tak może tępy uraz, działający na okolicę pęcherza moczowego, nie tylko pęcherz sam uszkodzić, ale także przez wstrząśnięcie kręgosłupa uszkodzić rdzeń kręgowy. Z drugiej strony może pęcherz moczowy ucierpieć przez odbicie (contrecoup), skutkiem urazu na kręgosłup lub kość krzyżową. Tensam uraz może w pewnych warunkach wywołać uszkodzenie samego rdzenia lub samego pęcherza lub obu tych narządów, tak że obok objawów bezpośredniego uszkodzenia pęcherza moczowego spotkać możemy objawy uszkodzenia rdzenia.

Przy dźwignięciu ciężarów chodzi o skutki podwyższonego parcia tłoczni brzusznej na pęcherz moczowy i obwodowy narząd nerwowy pęcherza, za czem przemawia fakt, że często obok objawów ze strony pęcherza występują równocześnie przepukliny. — Przy zasypaniach podczas wybuchu granatów uraz bywa rozmaity.

Z objawów klinicznych spostrzegaliśmy w tych przypadkach: typowe objawy uszkodzenia stożka rdzenia (conus medullaris), zaburzenia pęcherzowe w postaci odchodzenia moczu kroplami i zaburzenia potencyi jako jedyne objawy ogniska rdzeniowego, dalej czynnościowe zaburzenia pęcherzowe, częściowo jako następstwo bezpośredniego uszkodzenia pęcherza moczowego, w końcu histeryczne zatrzymanie moczu.

Z 11 przypadków zajęcia stożka rdzenia przytoczę kilka.

[1]) Badania cystoskopowe przeprowadzali pp. Prof. Dr. Zuckerkandl (Wiedeń) i lekarz sztabowy Dr. Stovianiček.

1. S. A., lat 23, przedtem zupełnie zdrów, dziedzicznie nie obciążony. Przed 5 tygodniami spadł z przyrządu gimnastycznego na grzbiet, stracił na chwilę przytomność, a kiedy ją znowu odzyskał, zauważył, że oddał bezwiednie mocz. W nocy po wypadku zmoczył łóżko. W następnych dniach częste oddawanie moczu przy prawidłowem parciu na mocz; przy ruchach ciała, głównie przy chodzeniu, mocz odchodził czasem kroplami. Mimo tych dolegliwości został jeszcze A. przez trzy tygodnie w polu. Przy pierwszem badaniu po przyjęciu chorego do szpitala stwierdziliśmy, że przy chodzeniu mocz ścieka kroplami, że czasem odchodzi znaczniejsza ilość moczu na raz, czego chory zupełnie nie czuje. Dowolne oddawanie moczu nie zaburzone; mocz spada początkowo kroplami, potem odchodzi słabym strumieniem, przerywanym kroplami. Mocz jasny bez nieprawidłowych składników. Odruchy ze ścięgna Achillesa po lewej stronie znacznie słabsze, niż po prawej; zaburzenia czuciowe, odpowiadające S_1 do L_5. Niema zaburzeń ze strony odbytnicy, potencya niezaburzona. Cystoskopowe badanie wykazało nieznaczny przerost beleczkowaty w bocznych częściach pęcherza.

Dalsza obserwacya nie wykazała znaczniejszej zmiany w stanie chorego. Oddawał mocz 16—20 razy dziennie, przy ruchach ciała mocz odchodził kroplami, odruchy i zaburzenia czuciowe nie uległy zmianie.

2. Sz. S. 32 lat. Przed 4 tygodniami upadł podczas wybuchu granatu i stracił na kilka godzin przytomność. Potem mógł tylko z trudnością chodzić. Tego samego dnia nie oddawał wcale moczu; podobno nie odczuwał potrzeby, w nocy zaś bezwiedne moczenie. Następnego dnia i później częste oddawanie moczu, chory miał przytem wrażenie, że pęcherz się nie zupełnie opróżnia; mocz odchodził w małych ilościach. W chwili, kiedy odczuwał parcie na mocz, musiał chory natychmiast oddać mocz, w przeciwnym razie mocz odchodził sam, co chory zauważał dopiero po zmoczonej bieliźnie. Przy chodzeniu ściekanie moczu kroplami; w nocy moczenie do łóżka. Bezpośrednio po wypadku niemożność zatrzymania stolca przez kilka dni, później i w czasie pobytu na oddziale zaparcie stolca. Czy istnieją zaburzenia ze strony czynności płciowych, nie można z pewnością stwierdzić; chory podaje, że od czasu, kiedy jest w polu, nie zauważył u siebie wzwodu prącia. Przedmiotowe badanie wykazało: Dowolne oddawanie moczu prawidłowe, mocz odchodzi silnym strumieniem; mocz jasny bez nieprawidłowych składników. Badanie cystoskopowe wykazało stosunki prawidłowe. Ze strony układu nerwowego stwierdza się zaburzenia czuciowe na obu pośladkach, na obu goleniach z tyłu i po ich zewnętrznych stronach, na kroczu i naokoło części rodnych; moszna jest wolna, na prąciu znieczulenie (S_1, S_2, S_3, S_4, S_5). Czucie bolu, dotyku i zimna zupełnie zniesione, ciepła obniżone. Zresztą wynik badania ujemny. W czasie 3-tygodniowego pobytu na oddziale zmiany czuciowe nieco się cofnęły, objawy ze strony pęcherza pozostały bez zmiany.

3. K. L. 27 lat. Od 3 miesięcy chory. Stał w rowie strzeleckim, nachylony ku przodowi, kiedy uderzył z tyłu za nim granat, a usuwająca się ziemia runęła na jego grzbiet; upadł, mógł jednak wstać i pełnił dalej służbę. Chodził z wielką trudnością z powodu bolów w okolicy lędźwiowej. Kiedy w kilka godzin po wypadku chciał oddać mocz, zauważył na bieliźnie krwawe plamy, a z cewki moczowej uchodziły krople krwi. Mocz był zabarwiony krwawo. Uczucie parcia na mocz prawidłowe, nie było żadnych trudności przy oddawaniu moczu; mocz mógł również dobrze utrzymać. Zabarwienie krwawe moczu znikło na drugi dzień, natomiast wystąpiła niemożność utrzymania moczu, który ściekał kroplami. Chory nie odczuwał tego, tylko stale mokra bielizna zwróciła jego uwagę na to. W okolicy pęcherza miewał chory często bole, przyczem musiał natychmiast pęcherz opróżniać. Od czasu choroby zupełna impotencya. Oddawanie stolca prawidłowe.

Przedmiotowe badanie układu moczowego, z wyjątkiem znieczulenia na ból w obrębie S_4—S_5, ujemne. Badanie urologiczne: Dowolne moczenie prawidłowe, pozostałości niema. Pęcherz nie znosi znaczniejszej ilości płynu przy napełnianiu z zewnątrz. Przy znaczniejszem wypełnieniu mocz odpływa obok cewnika, jednak bez uczucia parcia na mocz. Błona śluzowa pęcherza nieco rozpulchniona, znaczniej nastrzykana; mierny przerost beleczkowaty mięśni. Brzeg sterczu niezupełnie ostry. Badanie przez odbytnicę nie wykazuje żadnych zmian. Rozpoznanie: Lekki nieżyt w szyi pęcherza moczowego. Badanie rentgenologiczne wykazuje lekkie skrzywienie kręgosłupa na przejściu części lędźwiowej w kość krzyżową.

W czasie pobytu na oddziale chory oddawał mocz 20—24 razy na dobę. Ilość moczu 850 cm^3 na 24 godzin. Ściekanie moczu kroplami stale się utrzymywało, ustawało tylko na przeciąg 10 minut, po dowolnem oddawaniu moczu. Chory oddaje mocz dowolnie tylko w celu uniknięcia ściekania moczu kroplami, parcia na mocz nie odczuwa. Po 6—7 tygodniach stan się o tyle zmienił, że chory zaczął odczuwać prawidłowe parcie na mocz. Zaburzenia ze strony czynności płciowych nie poprawiły się. Ze strony odbytnicy nie było żadnych zaburzeń.

We wszystkich przytoczonych przypadkach wysuwają się zaburzenia pęcherzowe na plan pierwszy. W pierwszym przypadku mamy nadto zaburzenia czuciowe, cechujące zajęcie stożka rdzenia, różnicę w odruchach ze ścięgna Achillesa, zaburzenia czynności ze strony odbytnicy i zaburzenia potencyi (?). W drugim przypadku mamy obok zaburzeń pęcherzowych zaburzenia czuciowe również dla zajęcia stożka charakterystyczne, w trzecim przypadku zaburzenia pęcherzowe czuciowe i zupełną impotencyę. W ostatnim przypadku zaburzenia ze strony pęcherza są najwybitniejsze, mimo że inne przedmiotowe objawy są nieznaczne. O ile w przypadkach takich, jak w ostatnim przytoczonym, mamy obok zaburzeń pęcherzowych zaburzenia czuciowe jako jedyną wskazówkę sprawy rdzeniowej, to spotykamy cały szereg przypadków, w których jedynym objawem zajęcia rdzenia są zaburzenia pęcherzowe i impotencya.

4. K. S. Przed 10 dniami wpadł do głębokiego rowu. Na drugi dzień po tym wypadku wystąpiły zaburzenia pęcherzowe, i to ściekanie moczu kroplami, które dotąd się utrzymuje. Przy badaniu stwierdza się bezustanne spadanie moczu kroplami. Przy dowolnem moczeniu mocz odchodzi słabym strumieniem, przerywanym ściekaniem kroplami. Napadowe bole w okolicy pęcherza moczowego. Impotencya. Stan ten zmienił się w ciągu kilkutygodniowej obserwacyi. Stan nerwowy zupełnie ujemny. Badanie cystoskopowe wykazuje tylko przekrwienie w trójkącie pęcherzowym. Badanie rentgenowskie z wynikiem ujemnym.

W takich przypadkach, w których obok zaburzeń pęcherzowych i płciowych nie znajdujemy żadnych innych przedmiotowych objawów nerwowych, przemawia za sprawą rdzeniową bezustanne ściekanie moczu kroplami, a nadto zaburzenia w dowolnem oddawaniu moczu, t. j. słaby prąd, przerywany ściekaniem kroplami. Tego rodzaju zaburzeń nie widziałem w przypadkach osłabienia pęcherza, powstałych na tle przeziębień.

Co do rodzaju zmiany w rdzeniu w tych przypadkach, to mamy prawdopodobnie do czynienia albo z drobnemi wybroczynami, albo z następstwami wstrząsu rdzenia kręgowego (commotio spinalis). Na częste występowanie wstrząsu rdzenia po urazie zwrócili w czasie wojny uwagę Finkelburg[24]), Eisenbach[25]), Rothmann[26]), Rumpel[27]), Mayer[28]), Leva[29]), Weber[30]), Oppenheimer[31]), Donath[32]) i i. Doświadczenia tych autorów, nabyte na przypadkach postrzałowych, wykazują, że wstrząs rdzenia powstać może przez samo przeniesienie się wstrząśnięcia z sąsiedztwa na kręgosłup, a tem samem na rdzeń kręgowy, a dalej, że nawet pozornie nieznaczne urazy mogą w pewnych warunkach doprowadzić do wstrząsu. Opierając się na teoryi Ficklera, przyjmują Mayer i Leva zmiany anatomiczne w rdzeniu w postaci zmian i wahań w płynnej aksoplazmie, przez co czynność włókien nerwowych czasowo ustaje. Objawy kliniczne mogą być bardzo ciężkie, — objawy zupełnego przecięcia rdzenia — w innych zaś przypadkach objawy są nieznaczne i ograniczyć się mogą do pojedynczych odosobnionych objawów, co Leva sprowadza do ograniczonych zmian wysepkowatych w rdzeniu. Tego rodzaju zmiany mogą nam tłumaczyć występowanie zaburzeń pęcherzowych i płciowych bez innych przedmiotowych objawów ze strony układu nerwowego w pewnych przypadkach postrzałowych na tle urazu.

Dalszą grupę stanowią przypadki urazowe, w których zaburzenia pęcherzowe nie mają wyżej wspomnianych cech rdzeniowych, a badanie przedmiotowe daje wynik zupełnie ujemny. Często występują te zaburzenia jako następstwo zadziałania urazu na powłoki brzuszne w okolicy pęcherza moczowego. Przy typowym urazie na pęcherz powstają łatwo obrażenia błony śluzowej pęcherza i krwotoki pęcherzowe, a cystoskopem stwierdza się świeże wybroczyny (Zuckerkandl). W następstwie takich uszkodzeń mogą się rozwinąć zaburzenia pęcherzowe rozmaitego nasilenia, począwszy od wzmożonego parcia na mocz, do fałszywej niemożności zatrzymania moczu i mimowolnego nocnego moczenia. W cięższych przypadkach spotykamy także ściekanie moczu kroplami. — Jeden z naszych chorych uderzony został kopytem końskiem w brzuch; zaraz po urazie krwawy mocz, który ściekał kroplami, utrata uczucia parcia na mocz, w nocy mimowolne moczenie. Krwawy mocz utrzymywał się przez dwa dni, inne objawy trwały przez 3 tygodnie. Innego chorego, który spadł z konia podczas nieudałego skoku, przygniótł koń swoim ciężarem; zaraz po wypadku krwawy stolec i krwawy mocz, po

włoki brzuszne krwią podbiegnięte. Mocz ściekał kroplami, głównie przy leżeniu na bok i przy chodzeniu. Te zaburzenia pęcherzowe utrzymywały się przez 3 miesiące.

Nagłe zjawienie się krwawego moczu przemawia w tych przypadkach za uszkodzeniem błony śluzowej pęcherza, dalsze zaburzenia są prawdopodobnie wynikiem uszkodzenia obwodowego narządu nerwowego pęcherza.

Zaburzenia lżejszego stopnia mogą wystąpić także i bez uszkodzenia pęcherza moczowego, i to najczęściej przy zasypaniu po wybuchu granatów i t. p. Ponieważ w takich razach czynnik psychiczny odgrywa ważną rolę, należy te przypadki uważać za czysto czynnościowe. Zwykle stwierdzamy obok zaburzeń pęcherzowych także objawy ogólnej nerwicy. Wraz z poprawą stanu ogólnego poprawiają się objawy ze strony pęcherza moczowego. Należy zauważyć, że takie przypadki są już mniej odporne na działanie innych wpływów szkodliwych jak n. p. przeziębienia.

Wspomnieć należy o kilku przypadkach zatrzymania moczu po urazie, które spostrzegaliśmy na oddziale. Chodzi tu o zaburzenie histeryczne, przyczem można wykazać inne wybitne objawy tej choroby.

34-letni chory spadł w 14 r. życia z drabiny, przyczem nie odniósł znaczniejszych obrażeń ciała. Bezpośrednio po wypadku zatrzymanie moczu, tak że musiano chorego cewnikować. Od tego czasu nie może chory moczu dowolnie oddawać, kupił sobie cewnik gumowy i cewnikował się sam. Z wybuchem wojny zgłosił się dobrowolnie do wojska. Przed niedawnym czasem zgubił cewnik i zamiast cewnika wprowadzał sobie do cewki moczowej mniej więcej 7—8 cm. głęboko krótkie słomki, albo odpowiednio obrobione pałeczki drewniane, które po chwili wyciągał i wtedy dopiero oddawał mocz. Przy chorym znaleziono cały szereg podobnych »instrumentów«. Przedmiotowo stwierdzono wysepkowate znieczulenia na całem ciele i brak odruchów gardłowych. Badanie cystoskopowe dało wynik ujemny.

Inny chory mógł tylko raz na dobę mocz oddawać. Przed dwoma laty, kiedy ciężko w lesie pracował, odczuł nagle ból w okolicy pęcherza; dopiero na drugi dzień mógł mocz dowolnie oddać. Przez dwa miesiące oddawał mocz tylko raz na dobę. Potem był zdrów, oddawał mocz kilka razy dziennie. Przed 3 tygodniami nosił ciężkie worki, przyczem znowu wystąpiły bole w pęcherzu moczowym; od tej chwili oddaje mocz tylko raz na dobę. Przy pierwszem badaniu pęcherz, znacznie wypełniony, sięgał powyżej pępka. Rano oddawał chory mocz w ilości 1200 do 1500 cm³. Badanie urologiczne z wynikiem ujemnym. Badanie układu nerwowego wykazało znieczulenie na obu ramionach, na tylnej powierzchni prawego uda, obu goleniach i na zewnętrznych stronach szyi. Czaszka mała, brwi zrośnięte, wysokie, wązkie podniebienie, uwłosienie na ciele o typie kobiecym.

W ostatnim czasie badałem chorego, u którego stwierdziłem nawrót histerycznego zatrzymania moczu. Pierwszy raz nastąpiła niemożność oddawania moczu po tępym urazie w brzuch. Był przez kilka miesięcy cewnikowany. Potem dostał się chory do szpitala w Lublanie, gdzie go uleczono w przeciągu kilku minut »zapomocą elektryzowania w ciemnym pokoju«. Z opisu tego można się domyśleć, że był leczony sposobem, podanym przez Nernery i Rablowskiego w Lublanie dla leczenia histeryi urazowej (Wien. klin. Woch. 51, 1916). Obecnie wystąpił nawrót choroby po zmęczeniu w czasie marszu. Jednorazowe zastosowanie prądu faradycznego wystarczyło do usunięcia zatrzymania moczu.

Przystępuję do omówienia zaburzeń pęcherzowych, powstałych w przebiegu chorób zakaźnych. Z piśmiennictwa znane są przypadki po durze brzusznym (Frankl-Hochwart i Zuckerkandl [33]), Cohn) [34]) po zimnicy (Orchevski [35]), Busquet) [36]), zapaleniu migdałków (Pässler [37]), Brodzki) [38]) po czerwonce (Rose [39]), Colin, Juliusberg i Heller, Munk). O przypadku zatrzymania moczu w przebiegu zimnicy wspominają Frankl-Hochwart i Zuckerkandl. Mendel [40]) spostrzegał skurcz przy oddawaniu moczu jako pierwszy objaw tężca.

Na 13 przypadków przez nas spostrzeganych chodziło 5 razy o zaburzenia pęcherzowe po durze brzusznym, 2 razy po durze plamistym, 4 razy po bliżej nieokreślonych stanach gorączkowych, raz po zapaleniu gardła, a raz po czerwonce. We wszystkich przypadkach duru brzusznego wystąpiły zaburzenia pęcherzowe dopiero w okresie ozdrowienia, i to w postaci wzmożonego lub zmienionego uczucia parcia na mocz (bole, kłucia), w końcu w postaci fałszywej niemożności zatrzymania moczu. Mimowolnego moczenia w nocy nie było. Stany te utrzymywały się 2—3 miesięcy i ustępowały bez leczenia. — W jednym przypadku duru plamistego nie mógł chory, — jak podawał, — moczu oddawać i musiano go cewnikować. W okresie ozdrowienia częste oddawanie moczu i wzmożone parcie na mocz. W drugim przypadku chory utracił uczucie parcia na mocz, który ściekał kroplami. W przypadku z pryszczykowem zapaleniem gardła spostrzegliśmy pollakisuryę, która ustąpiła wraz z zapaleniem gardła. W przypadku czerwonki chodziło o długotrwałe zatrzymanie moczu, które wystąpiło już po ustąpieniu czerwonki.

Przeważnej części tych przypadków nie spostrzegaliśmy w okresie bezpośrednio po przebytej chorobie zakaźnej; chorzy ci byli obecnie leczeni z powodu nawrotu zaburzeń, powstałych na tle choroby zakaźnej. Przypadki te wskazują, że zaburzenia pęcherzowe po chorobach zakaźnych po pewnym czasie same ustępują, że jednak te przypadki mają skłonność do nawrotów na tle innych czynników szkodliwych.

Co się tyczy leczenia omówionych zaburzeń pęcherzowych, to muszę z góry zaznaczyć, że z biegiem czasu wobec ujemnych wyników coraz mniej środków pozostawało mi do wyboru, tak że w końcu leczenie ograniczało się jedynie do stosowania ciepłych suchych okładów na okolicę pęcherza moczowego i przetrzymywania chorego w łóżku. Doszedłem w końcu do przekonania, że jeżeli ten prosty środek nie pomaga, to i inne polecane środki pozostają bez skutku. Po środkach wewnętrznych (aspiryna, fenacetyna, belladona i t. d.) nie widziałem żadnego skutku. Początkowo stosowałem faradyzacyę, zalecaną przez niektórych autorów; wyniku dodatniego nie było, a w niektórych przypadkach stan się pogarszał (na co zwrócił już uwagę Fuchs). W 18 przypadkach stosowałem wstrzykiwania pozaoponowe, podane przez Cathelina,— bez dodatniego wyniku. Stosowałem w końcu przepłukiwania pęcherza 3% rozczynem kwasu borowego według przepisu, podanego przez Fuchsa i Grossa. Zadowalającego skutku nie widziałem. Dla tej metody wybierałem przypadki uporczywe, zwłaszcza przypadki pourazowe z objawami ze strony rdzenia, a to dlatego, ponieważ Fuchs i Gross spodziewają się, że ich sposobem będzie można wpłynąć dodatnio także na zaburzenia pęcherzowe w wiądzie rdzenia. Podstawą teoretyczną dla sposobu leczenia Fuchsa i Grossa (przepłukiwania coraz cieplejsze 3% rozczynem kwasu borowego) jest spostrzeżenie tych autorów, że przy inkontynencyi na tle zimna, urazu lub chorób zakaźnych pojemność pęcherza jest zmniejszona, że wypełnianie pęcherza płynem jest bolesne, że pobudliwość elektryczna błony śluzowej pęcherza jest obniżona, że pęcherz nie opróżnia się całkowicie przy dowolnem oddawaniu moczu i że mocz nie daje się z pęcherza ręką wycisnąć. Ten stan pęcherza nazwali ci autorowie »stanem stężenia pęcherza« (Blasenstarre). Musimy zauważyć, że w naszym, dość licznym materyale tylko wyjątkowo spotykaliśmy zmniejszoną pojemność pęcherza i równie rzadko znajdowaliśmy zaległości w pęcherzu po oddaniu moczu. I inni autorowie (Scharnke, Stiefler i Volk, Juliusberg i Heller) tych zmian nie znajdowali. Dodatnie wyniki Fuchsa i Grossa należy sobie tłumaczyć działaniem ciepła wprowadzanego płynu, którego używają do przepłukiwań, co można o wiele łatwiej osiągnąć przez stosowanie ciepłych suchych okładów z zewnątrz. Przytoczone przez Fuchsa i Grossa przypadki wyleczenia po 4—8 dniach nie przemawiają bynajmniej za dodatniem działaniem tego sposobu leczenia, gdyż lekkie przypadki poprawiają się bardzo szybko i bez leczenia. Miarodajne byłyby przypadki ciężkie, uporczywe, a zwłaszcza przypadki rdzeniowych zaburzeń pęcherzowych. W takich przypadkach nie widziałem żadnej poprawy, a w jednym z nich wystąpiły w czasie leczenia silne bole w pęcherzu, parcie na mocz się zwiększyło, tak że musiałem leczenie przerwać. Muszę zauważyć, że przypadki te nie wykazywały wszystkich cech, które Fuchs i Gross obejmują nazwą »stężenia pęcherza« (Blasenstarre), gdyż pojemność pęcherza nie była zmniejszona i pozostałości nie było; pobudliwości faradycznej błony śluzowej pęcherza nie badałem.

O tem, że wyniki naszego leczenia, ograniczającego się jedynie do trzymania chorego w łóżku i stosowania suchych, gorących okładów, nie były gorsze od wyników, podanych przez innych autorów, świadczy fakt, że jako wyleczeni, opuścili szpital: 28·5% przypadków wrodzonego mimowolnego moczenia, 37·7% zaburzeń pęcherzowych po przeziębieniu, 46·6% po chorobach zakaźnych, 19·5% po urazach i 33·3% zaburzeń bez wiadomej przyczyny.

Przy ocenieniu zdolności do służby wojskowej należy uwzględnić przyczynę, stopień nasilenia, czas trwania objawów chorobowych i stan ogólny chorego. Ogólnej reguły ustanowić nie można, musi się indywidualizować. Zapatrywanie Munka, że chorzy z czynnościowemi zaburzeniami pęcherzowemi są zdolni do służby na froncie, ponieważ przyzwyczaili się już do nieprzyjemności swego cierpienia, idzie mojem zdaniem za daleko.

Wprawdzie spotyka się często między naszymi chorymi ludzi fizycznie bardzo dobrze rozwiniętych, należy jednak uwzględnić, że układ nerwowy człowieka, który bezustannie cierpi na parcie na mocz i który często mocz bezwiednie oddaje, szybko się wyczerpuje i że odporność ustroju przez to się zmniejsza. Z tych względów odesłaliśmy część chorych nie wprost na front, tylko do kadry, gdzie przez pewien czas pełnili lżejszą służbę. Przypadki lżejsze odsyłano ze szpitala wprost na pozycye.

Na koniec chciałbym poruszyć sprawę symulacyi. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że prawie wszyscy autorowie tylko w nielicznych przypadkach podejrzywali chorych o symulacyę (Stiefler, Fuchs, Schwoner, Prigl, Ullmann). Jedynie Jellinek i Hirth przypuszczają, że symulacya nie jest rzadka. Prawdą jest, że odkrycie symulacyi jest trudne — na co już inni autorowie zwrócili uwagę — nie ma bowiem żadnego pewnego objawu, któryby wskazywał na rzeczywiste schorzenie. Jellinek przywiązuje wiele wagi do objawu ściekania moczu kroplami, na któryto objaw zwrócił mu uwagę Wagner-Jauregg. Faktem jest, że objawu tego nie można symulować, ale zaznaczyć należy, że brak tego objawu nie przemawia przeciw chorobie, a tem mniej za symulacyą. Jeżeli się bowiem dokładnie obserwuje przypadki niedomogi pęcherza, powstałej na tle przeziębienia, to można stwierdzić, że ściekanie moczu kroplami już po krótkim czasie ustępuje, a pozostaje tylko wzmożone parcie na mocz z fałszywą niemożnością zatrzymania i nocnem moczeniem, objawy, które można łatwo symulować; przy badaniu takich chorych w tym okresie nie znajdujemy ściekania moczu kroplami, co jednak nie uprawnia nas do twierdzenia, że cierpienie jest udawane. Jellinek odróżnia przypadki, w których stwierdza ściekanie moczu kroplami, od takich, w których tego objawu niema; w tych drugich przypadkach zwraca uwagę na objawy myelodysplazyi Fuchsa, na zmiany w budowie czaszki (Ullmann), na zmiany w narządzie płciowym, jak stulejka, spodziectwo i t. d., zmiany na skórze (wyprysk), na zmiany w moczu i zmiany w układzie nerwowym. Co się tyczy rozszczepienia kręgosłupa i zmiany w budowie czaszki, to zwróciliśmy już uwagę na to, że nie są one objawem stałym (rozszczepienie kręgosłupa w 37%, zmiany w budowie czaszki 16—17% przypadków). Zmiany na błonie śluzowej pęcherza (przerost beleczkowaty) wykazaliśmy tylko w 5—6% przypadków, tak że brak tych objawów nie przemawia przeciw rzeczywiście istniejącym zaburzeniom pęcherzowym i nie dowodzi symulacyi.

Jellinek uważa mimowolne moczenie nocne za cierpienie — jeśli nie sztuczne — to napewno czynnościowe, które daje się łatwo usunąć zapomocą dyscypliny i faradyzacyą. Polepszenie się stanu chorobowego po stosowaniu ostrej dyscypliny nie dowodzi mojem zdaniem, że istotnie dyscyplina przyczyniła się do ustąpienia objawów, albo że cierpienie było sztuczne. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, że chorzy tacy spędzają nieraz bezsenne noce, aby módz rano zgłosić, że nie zmoczyli łóżka. Oprócz tego spotyka się cały szereg przypadków, które się w krótkim czasie poprawiają i w których moczenie nocne ustaje bez stosowania kar, jedynie pod wpływem ciepła i leżenia w łóżku. Te doświadczenia skłoniły mnie też do porzucenia faradyzacyi.

Za surowem obchodzeniem się z chorymi oświadcza się również Hirth, który uważa zaburzenia pęcherzowe za cierpienia hańbiące żołnierza, skoro poleca dyscypliną podnosić poczucie honoru żołnierza, albo kiedy woła: »Soll Deutschland unterliegen, weil seine Männer sich die Hosen voll machen?« (przytoczone według sprawozd. sekcyi medycznej »Schles. Gesell. der vaterl. Cultur« w Wrocławiu w Berliner kl. Woch. Nr. 22. 1907).

Zaburzeniom pęcherzowym, spotykanym u żołnierzy, nie należy zdaniem Hirtha przypisywać wielkiego znaczenia, aczkolwiek z drugiej strony przyznaje on, że nie ma sposobu wykrycia symulacyi.

Na podstawie mego doświadczenia muszę stwierdzić, że w wyjątkowych tylko przypadkach mogłem przypuścić symulacyę. Przyznaję, że nic tak łatwo nie da się symulować, jak nocne moczenie; każdy mi jednak przyzna, że tylko ten może dokładnie opisać poszczególne objawy niedomogi pęcherza moczowego, który rzeczywiście to cierpienie przechodzi. Dlatego kładę wielki nacisk na opowiadanie chorego; dokładna znajomość pojedynczych objawów, porządku, w jakim objawy występują, może nas uchronić od fałszywych podań chorego, któryby nas chciał w błąd wprowadzić. Musimy się przyznać do tego, że nie możemy wykryć i udowodnić symulacyi, co nam odbiera prawo podejrzywania żołnierza o udawanie choroby.

Piśmiennictwo. 1) Sprawozd. z posiedz. w szpit. marynarki w Hamburgu; Münch. med. Woch. Nr. 2, 1915. 2) Wien. kl. W. Nr. 34, 1915. 3) Münch. m. W. 21, 1915. 4) Wien. kl. W. Nr. 35, 1915. 5) Wien. kl. W. 39, 1915. 6) Wien. kl. W. 46, 1915. 7) Münch. m. W. 3, 1916. 8) Wien. kl. W. 34, 1916. 9) Wien. kl. W. 38—40. 10) Wien. kl. W. 47, 1916. 11) Berl. kl. W. 11, 1917. 12) Deutsche m. W. 15, 16, 1917. 13) Med. Klinik 23, 1917. 14) Med. Klinik 37, 1913. 15) Arch. f. Psych. 53, 1914. 16) W. kl. W. 43, 1916. Spraw. z pos. Tow. lek. w Wiedniu. 17) W. med. W. 37, 38, 1909; W. med. W. 27, 1910. 18) W. med. W. 37, 1909. 19) Deutsche med. W. Nr. 27, 1911. 20) l. c. 21) D. Z. f. Nerv. 55, Z. 4—6. 22) M. m. W. 26, 1911, Sprawozd. z Tow. lek. w Hamburgu. 23) D. Z. f. Nerv. 1911 (cyt. według Ullmanna). 24) D. m. W. 50, 1914. 25) M. m. W. 1, 1915. 26) M. m. W. 8, 1915. 27) M. m. W. 19, 1915. 28) M. m. W. 19, 1915. 29) M. m. W. 27, 1915. 30) M. m. W. 36, 1915. 31) Med. Klinik 33, 1915. 32) Wien. kl. W. 28, 1915. 33) Die nervösen Erkr. der Harnblase 1906. 34) Berl. kl. W. 24, 1916. 35) przytoczone według Frankl-Hochwarta i Zuckerkandla 36) Rev. de med. 1901 cit. przytocz. według Frankl-Hochwarta i Zukerkandla. 37) M. m. W. 1916. 38) Berl. klin. W. 16, 1916. 39) Berl. klin. W. 24, 1916. 40) Neurol. Centralblatt 1, 1915.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne dniu 16 lutego 1918.

Przewodniczący: prezes kol. Krzyształowicz, obecnych 96.

Przewodniczący zagaił posiedzenie następującą przemową, której obecni wysłuchali stojąc:

»Cały naród przejęty dziś jedną myślą, odczuciem zamierzonego przez akcyę dyplomatyczną bezprawia, odczuwa krzywdę, która dotyka do głębi dusze wszystkich, myślących po polsku. Ale zraniona ciężko dusza nie oddaje się rozpaczy i żałości, — nie czas na bolesne okrzyki, bo całe społeczeństwo czuje, że potrzeba mu jedności, skupienia i zgodnego wysiłku, aby odporność swą zwiększyć i wzmocnić. — Nigdy Naród polski nie uznał żadnego rozbioru; tem więcej dzisiaj musimy znaleść tyle tężyzny w sobie, aby nie dać się zachwiać i zgnębić, nie dać odebrać sobie tego, co rdzennie nasze i mimo rozbiorów zawsze narodowo nasze było i jest. Głęboka ufność w niespożyte siły nieśmiertelnego Narodu polskiego, ufność w nieprzedawnione prawa dawnej Rzeczypospolitej, obok jednolitej dziś woli Narodu, doda nam sił do walki o prawa Narodu, walki choćby najcięższej, doda sił do wytrwania.

Łącząc się z ogólnym protestem przeciw zamierzonym gwałtom, przedkładam następujący protest do uchwały:

Lekarze, zebrani z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 16 lutego 1918 w Krakowie, odczuwając niesłychaną krzywdę i gwałt, zadany Narodowi Polskiemu przez zamierzone oderwanie od Polski ziem rdzennie polskich i uświęconych męczeństwem kilku pokoleń, łączą się z bezwzględnym protestem całego polskiego społeczeństwa«.

Protest ten jednomyślnie uchwalono, poczem przewodniczący zamknął posiedzenie.

Posiedzenie dnia 27 lutego 1918.

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 22.

I. Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia poddał przewodniczący pod głosowanie następujący wniosek kol. Dr Momidłowskiego:

»1 Przy projektowaniu nowych źródeł pobierania wody do wodociągów miejskich należy w każdym wypadku zasięgnąć zdania również znawców z dziedziny higieny wodnej, ponieważ higiena wodna stanowi wielki dział specyalnej wiedzy, opartej na nauce lub doświadczeniu tak, że n. p. w Niemczech stworzono już do badania spraw wodnych osobną instytucyę naukową, mianowicie: »Prüfungsamt für Wasserhygiene«.

2. W komisyi wodociągowej miejskiej powinni stale zasiadać znawcy dla spraw higieny wodnej tak z grona, jak i z poza grona organów miejskich«.

Oraz wniosek dodatkowy kol. prof. Nitscha: »Przy obecnem urządzeniu studzien wodociągowych w Bielanach pobieranie prób wody do badania chemicznego i bakteryologicznego jest połączone z zanieczyszczeniem wody w studniach. Wobec tego Towarzystwo lekarskie uważa za konieczne, aby przy budowie nowych studzien uwzględniono konieczność pobierania prób do badania. Ujęcia wód zatem powinny być tak wykonane i tak urządzone, aby można z nich pobierać próby wody bez zanieczyszczenia studzien«.

Wnioski oba jednomyślnie uchwalono; będą one posłane Radzie miejskiej do wiadomości.

II. Na wniosek komitetu, a na zaproszenie Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności wybrano delegatem do komisyi, mającej przyznać nagrodę im Dr Warszauera — prof. Dr Stanisława Ciechanowskiego.

III. Kol. Dr Weissglas wygłosił odczyt p. t.: **O pracy inwalidów w c. i k. szkole inwalidów w Krakowie** (oddział przemysłowy).

Do zadań lekarza należy oprócz leczenia ran i ich powikłań zapobieganie następstwom bezczynności i próżnowania w szpitalu. Uwzględniając ten cel, urządza się w szpitalu, przydzielonym do szkoły inwalidów, z początku zabawy, koncerty, wieczorki i t. p. Gdy stan chorych nieco się poprawi, przydziela się ich do rożnych zajęć, które mają znaczenie lecznicze ogólne, lub specyalne (ze względu na kalectwo). Ich znaczenie praktyczne polega na tem, że chory przekonywa się o tem, iż do pracy jest zdolny, a w szczególności, na jaki zawód pozwala jego kalectwo. Prócz tego używanie różnych narzędzi rzemieślniczych ma niewątpliwie duże znaczenie lecznicze, zastępujące nieraz w zupełności działanie przyrządów Zanderowskich. Gdy inwalidzi opuszczą szpital po ukończeniu leczenia chirurgicznego lub ortopedycznego, wówczas drogą Komisyi, naradzającej się nad przyszłością inwalidy wzgl. jego przyszłym zawodem, dostają się albo do domu, albo na stosowne dla nich posady, albo wreszcie, w braku środków utrzymania i możności zarobkowania, na różne oddziały szkolne zakładu. W skład Komisyi wchodzą przedstawiciele władz wojskowych, Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami, przedstawiciele różnych kursów szkolnych, z oddziału przemysłowego kierownik techniczny i kierownik lekarski. Inwalida, przyszedłszy na oddział przemysłowy, zostaje jeszcze raz zbadany przez lekarza i inżyniera, następnie podczas pracy obserwowany w celu ewentualnej zmiany narzędzi stosownie do kalectwa, a wreszcie rozpoczyna się szkolenie. Zasadą, jaką się kieruje lekarz i inżynier przy wyborze zawodu, jest o ile możliwie zatrzymać inwalidę przy dawnem jego zajęciu, lub podobnem, a tylko w ostateczności zgodzić się na zmianę zawodu. Naturalnie, że obok szkolenia korzysta inwalida ze środków leczniczych i z opieki lekarskiej ze względu na swoje kalectwo. W krakowskim zakładzie pracuje około 300 inwalidów.

O wynikach praktycznych świadczą urządzane wystawy, a przedewszystkiem statystyka zwolnionych z oddziału inwalidów, którą prelegent szczegółowo przedstawia i omawia. Wykład zakończył się przedstawieniem bardzo licznych inwalidów, u których mimo dużego kalectwa uzyskano wysoki stopień zdolności do pracy i zarobkowania.

W dyskusyi kol. Jaugustyn podnosi wielkie trudności, wśród których krakowski zakład pracuje.

Prócz niego w dyskusyi zabierali jeszcze głos koledzy: Michejda, prof. Krzyształowicz i prelegent.

Sekr. dor. Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 13. III. posiedzenie, na którem Dr. Radwańska i prof. Rosner przedstawili szereg przypadków i preparatów z kliniki ginekologicznej. W dyskusyi przemawiali prof. Kostanecki, Gliński, doc. Borowiecki, Dr. Boguszewski i Rychliński.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie Towarzystwa walki z gruźlicą w Nowym Targu na rok 1917. Na czele Towarzystwa stoi wydział z 4 członków pod przewodnictwem starosty p. Psarskiego. W połowie grudnia 1916 otwarło Towarzystwo poradnię dla piersiowo chorych, którą prowadził bezpłatnie st. lekarz powiatowy, dr. Janikiewicz; w ciągu r. 1917 zgłosiło się do poradni 275 osób, z nich 147 z gruźlicą, przeważnie z powiatu nowotarskiego. Dla spopularyzowania walki z gruźlicą urządziło Towarzystwo 12 odczytów w 5 miejscowościach powiatu; odczyty wygłosiło 8 lekarzy, objaśniając je preparatami anatomicznymi, nadesłanymi przez prof. St. Ciechanowskiego. Wykładami interesuje się ludność wiejska znacznie więcej, niż w miasteczkach. Wreszcie wydało Towarzystwo swoim nakładem popularną broszurę o gruźlicy, pióra dr. Dłuskiego. Towarzystwo ma 138 członków, w r. 1917 miało 6349 K. dochodu, a 1796 K. wydatków.

— Zakład Towarzystwa akcyjnego p. f. Dr. Chramcą w Zakopanem, zlicytowany za długi, nabyło za 1,700.000 K. Towarzystwo Czerwonego krzyża. Akcyonaryusze stracili swoje wkłady.

— Zmarły z duru plamistego dr. Kazimierz Gerus, lekarz sztabowy, zapisał cały swój majątek, około 100.000 K., na stypendya dla polskiej młodzieży rękodzielniczej.

Warszawa. Nagrodę za odczyt higieniczny dla ludu wiejskiego na konkursie Towarzystwa higienicznego warszawskiego, ogłoszonym z powodu rocznicy Kościuszkowskiej, przyznał sąd konkursowy Dr. A. A. Puławskiemu, ordynatorowi szpitala Dz. Jezus i redaktorowi »Gazety lekarskiej«.

Zmarli: Z duru plamistego: Dr. Wacław Kosmowski w 34 r. ż. w Warszawie, Dr. Jan Dłutek w 35 r. ż. w Grojcu, Dr. Mieczysław Marowski w Bośni.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik IX. 1918. Luty. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 2 Mk. — Marzec. Cena 1·80 Mk.

W zeszycie lutowym pomieścił prof. Hoffmann rzecz p. t. »Serce a konstytucya«, a prof. Stahelin rozprawkę o badaniu gruźlicy płuc zapomocą promieni Roentgena.

Treść tegorocznego zeszytu marcowego stanowią dwie rozprawy prof. Straussa: »Proctostasis paradoxa« i »O krwotokach z odbytnicy«, oraz praca prof. Wienera: »Przemiana substancyi purynowych a patogeneza dny.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w styczniu 1918:

Gazeta lekarska Nr. 5—8. Koniecpolski: Dalsze badania nad działaniem karbolu w tyfusie wysypkowym (5). — Karwacki: (dok. 5). — St. St. Ok.: K. Oczesalski (wspomnienie pośmiertne (6). — Turkiewiczówna: Rzadki przypadek torbieli, powstałej w grasicy (7). — Puławski: Nietypowy przypadek duru wysypkowego (7). — Flatau i Zylberlastówna: O oddziaływaniu opon mózgowych na gruźlicę (8—9).

Medycyna i Kronika lekarska Nr. 5—8. Popiel (dok. 6). — Zawadzki: Ze szpitalnictwa (5—8). — Kleczkowski i Karelus O ostrem wybroczynowem nagminnem zapaleniu spojówki (7—8):

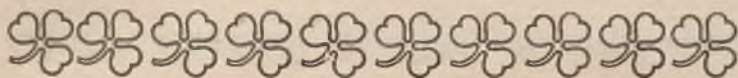
Zdrowie Z. 1. Gantkowski: Kilka uwag o potrzebie wykładów medycyny pastoralnej w seminaryach duchownych.

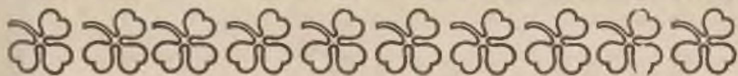
Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. 1917. Zesz. 4. Popiel: Główka noworodka, jej właściwości i rola podczas porodu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 20. marca 1918** o godz. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4)**. Na porządku dziennym: Doc. Nowaczyński, Prof. Gliński i Prof. Krzyształowicz Demenstracye chorych i preparatów.

Nadesłane.





Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVII. Kraków, 17. czerwca 1918 Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

Badania Ciechanowskiego nad tłem anatomicznem niedomogi pęcherza u ludzi starszych dowiodły, że w podeszłym wieku zdarza się często zmiana ilościowa stosunku składników ściany pęcherza na niekorzyść mięśnia; przewagę uzyskuje tkanka łączna włóknista. Podobnie, jak i Casper nie znajduje i Ciechanowski ściślejszego związku pomiędzy występowaniem tych zmian a miażdżycą drobnych tętniczek pęcherza.

Jako przykład nabytego uchyłka prawdziwego może posłużyć przypadek, opisany przez E. Francka i Stöckela; w tym przypadku w następstwie operacyi w okolicy pęcherza powstała blizna, która kurcząc się pociągała ścianę pęcherza i spowodowała uchyłkowate wypuklenie.

W etyologii powstawania prawdziwych uchyłków pęcherza może mieć znaczenie ucisk kamienia, znajdującego się w pęcherzu; rozstrzygnąć jednak napewno, czy kamień był pierwotnie w pęcherzu i spowodował powstanie uchyłka, jest częstokroć niemożliwe.

Uchyłki pęcherza mogą dłuższy czas, a nawet i całe życie nie sprawiać chorym żadnych dolegliwości i dlatego pewna liczba tych przypadków wychodzi na jaw dopiero podczas sekcyi. Ale tak się ma rzecz tylko, jeżeli niema powikłań, te bowiem najczęściej zmuszają chorego szukać porady i bardzo często tak opanowują cały obraz kliniczny, że trudno rozdzielić, które dolegliwości zależą od uchyłka, a które od przyłączającego się powikłania. Według Pagenstechera prawdziwy uchyłek pęcherza, posiadając taką samą budowę ściany i unerwienie, jak i pęcherz, wydala z siebie mocz na tych samych prawach fizycznych, co i pęcherz, tylko że pęcherz opróżnia się wprost na zewnątrz, a uchyłek naprzód do pęcherza; wzmożona przez to praca pęcherza powoduje z czasem przerost roboczy warstwy mięsnej, przez co wydalanie moczu z pęcherza odbywa się pod dużem ciśnieniem. Z tem wzmożonem ciśnieniem wśródpęcherzowem walczyć musi uchyłek, którego ściana również przerasta i z walki tej wychodzi tak długo zwycięzko, dopóki nie nastąpi niedomoga jego ściany mięsnej; z chwilą gdy to nastąpi, zaczyna się zatrzymywanie pewnej ilości moczu w uchyłku, które z biegiem czasu i postępem niedomogi mięśni staje się coraz większe i sprowadza wreszcie rozszerzenie uchyłka, jako stały stan. W ten sposób tłumaczy ten mechanizm Pagenstecher. Do rozszerzenia, a wreszcie i do zupełnego porażenia ściany uchyłka dochodzi tem wcześniej, jeżeli istnieją dodatkowo przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, jak stulejka (Zachrisson, Ljunggren), zwężenie cewki (Czerny), przerost sterczu (Riedel, Israel), lub też, jak przyjmuje Cholzoff, jeżeli otwór łączący leży tak niekorzystnie, że już przez samo swoje położenie utrudnia mechanicznie przechodzenie treści z uchyłka do pęcherza.

Rozszerzenie takie i zupełne porażenie ściany uchyłka, a co za tem idzie, nadmierne wypełnienie uchyłka moczem, może spowodować przez ucisk cewki od zewnątrz zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu; jeżeli zatrzymanie jest niezupełne, to towarzyszy mu częste oddawanie moczu. Oprócz częstego oddawania moczu, które może być silniej lub słabiej zaznaczone, podają chorzy często, że po oddaniu moczu, kiedy strumień się kończy, nie mają uczucia zaspokojenia potrzeby, jak w stosunkach prawidłowych, lecz mimo niemożności dalszego moczenia czują potrzebę oddania moczu. Można przyjąć, że powodem tego uczucia jest ucisk wypełnionego uchyłka na szyję pęcherza.

Oddawanie moczu bywa utrudnione; chorzy muszą przeć, używać tłoczni brzusznej, a cały akt oddawania moczu przedłuża się.

Jednym z najczęstszych objawów i przez wielu autorów spostrzeganym jest moczenie dwuczasowe; po oddaniu moczu następuje pauza kilkominutowa, po której znowu pęcherz się obficie wypróżnia. Zaaijer spostrzegał chorego, który po dużych wysiłkach fizycznych oddawał mocz kilkakrotnie, 6—7 razy, z małemi minutowemi przerwami; objaw ten, pokrewny dwuczasowemu moczeniu, tłumaczy Zaaijer cofaniem się moczu z pęcherza do uchyłka podczas aktu moczenia, szczególnie jeżeli oddawanie przez cewkę bywa utrudnione; gdy tylko pęcherz przestaje się kurczyć, wlewa się do niego cofnięty poprzednio płyn z uchyłka i występuje na nowo uczucie potrzeby oddania moczu; sprawa ta powtarza się dopóty, dopóki chory nie odda takiej ilości moczu, aż wystąpi uczucie zupełnego zaspokojenia.

Krwiomocz niejednokrotnie spostrzegano i jeżeli niema równoczesnego zapalenia błony śluzowej pęcherza i uchyłka lub nowotworu, tłumaczono ten objaw zmienionymi stosunkami w krążeniu w następstwie silnego rozdęcia ścian pęcherza przez zalegający mocz.

Najpoważniejszem powikłaniem uchyłków pęcherza jest zakażenie, w następstwie którego powstają zmiany zapalne na błonie śluzowej pęcherza i uchyłka. Droga, którą zarazki mogą się dostać do pęcherza, może być różna; dostają się one tam przez cewkę, badanie narzędziami może je tam wprowadzić, a mogą także przedostać się do dróg moczowych drogą naczyń krwionośnych.

Rozpoznanie uchyłka pęcherza należy niejednokrotnie do bardzo trudnych zadań i pomimo całego szeregu podanych sposobów badania, jakoteż tak doskonałych metod badania, jak cystoskopia i radiografia, może stanowcze rozpoznanie uchyłka być niemożliwe.

Wywiady nie pozwalają prawie nigdy na dalej idące wnioski i jest rzeczą wogóle uderzającą, jak skąpych wiadomości udzielają nam zwykle chorzy na uchyłek.

Objawy kliniczne: Z całego szeregu objawów klinicznych jeden tylko zaledwie objaw dwuczasowego moczenia posiada pewną wartość rozpoznawczą. Tak przynajmniej prawie wszyscy autorowie przyjmują. Zdaje się jednak, że objaw ten należy oceniać bardzo krytycznie; po pierwsze dlatego, że daje się stwierdzić tylko w pewnej części spostrzeganych przypadków, powtóre zaś dlatego, że niema cechy wyłączności, niezbędnej, ażeby go określić jako objaw znamienny. Typ oddawania moczu w dwu porcyach z małą kilkuminutową przerwą pośrodku można napotkać u chorych na przerost sterczu w pierwszym i drugim okresie choroby, t. j. w okresie kongestyi i niezupełnego zatrzymania moczu. Chorzy tacy podają często w wywia-

dach, że szczególnie rano po obudzeniu się oddają mocz w tym typie, co przy tej chorobie tłumaczymy sobie silniejszym nawałem do sterczu, spowodowanym snem.

Inne objawy, jak częste oddawanie, oddawanie z parciem lub bólem, trudne oddawanie z potrzebą użycia tłoczni brzusznej, przedłużone oddawanie moczu, mimowolne moczenie, krwiomocz, nawet przy niezakażonym moczu nie posiadają swoistego znaczenia, gdyż aż nadto często spotykane bywają przy wielu innych sprawach chorobowych. Jeszcze więcej na znaczeniu tracą te objawy, jeżeli istnieje zakażenie dróg moczowych i mocz zawiera ropę. Obraz nieżytu pęcherza panuje wówczas ponad wszystkiem i z tych objawów sądząc, ponad rozpoznanie pospolitego nieżytu pęcherza posunąć się nie możemy.

Englisch zwraca uwagę na szczególny typ oddawania moczu, a mianowicie: Chory opróżnia pęcherz z początku szybko, później zaś, gdy uchyłek zaczyna swoją treść wydalać, prąd moczu słabnie i staje się powolnym, a przyspieszyć i wzmocnić go można przez ucisk ręką na okolicę uchyłka przez powłoki brzuszne. Objaw ten tłumaczy Englisch w ten sposób, że kiedy pęcherz wydala mocz i kurczy się, to zaciska otwór uchyłka i nie dozwala mu się opróżnić, kiedy zaś mięśnie pęcherza przestaną się kurczyć, otwór uchyłka rozszerza się i treść jego powoli się wydobywa i na zewnątrz bywa wydalaną. W ten sposób tłumaczy Englisch także objaw dwuczasowego moczenia.

Nieco pewniejsze wyniki daje badanie fizyczne.

Oglądaniem można stwierdzić przy wypełnionym pęcherzu i dużym uchyłku niesymetryczne wypuklenie ściany brzucha po prawej lub lewej stronie od linii środkowej ciała. Pamiętać jednak należy, na co szczególnie zwraca Englisch uwagę, że i prawidłowy pęcherz niezawsze bywa położony w środku miednicy małej, lecz może być przez wypełnioną odbytnicę przesunięty na prawo lub też sprawiać po lewej stronie lekkie wypuklenie, jeżeli obie jego połówki nierównomiernie i niesymetrycznie się rozszerzają. Żadnych wniosków z oglądania wysnuwać nie można, jeżeli istnieje niesymetryczność budowy n. p. wskutek skrzywień kręgosłupa.

Przy korzystnych warunkach badania, t. j. jeżeli powłoki brzuszne nie są zbyt grube i przy odpowiedniem ułożeniu chorego z przykurczonemi kończynami dolnemi, wzniesionym tułowiem i otwartemi ustami, mozna czasami wysnuć pewne wnioski ze zbitości, jaką się wyczuwa przy obmacaniu okolicy pęcherza; zbitość wyczuwanego guza bywa nierównomierna: pęcherz właściwy wyczuwa się nieco oporniej, zbitość zaś uchyłka bywa miększa z powodu wiotkości jego ściany.

Ból na ucisk może w łączności z innymi objawami dać pewne wskazówki rozpoznawcze. Ból występuje tylko przy zapaleniu; zapaleniu ulega zazwyczaj równocześnie błona śluzowa pęcherza i uchyłka, jakkolwiek niejednokrotnie spostrzegano, że i sam uchyłek bez udziału pęcherza może uledz zapaleniu. Otóż przy uciskaniu, szczególnie dwuręcznem, t. j. przez powłoki brzuszne i odbytnicę, stwierdzić się daje bolesność, która szczególnie duża bywa w okolicy samego uchyłka, tutaj bowiem nasilenie sprawy zapalnej bywa większe.

Najmniej pewne wyniki daje opukiwanie, raz dlatego, że blizkie sąsiedztwo kiszek, jako narządu zawierającego powietrze i mogącego się różnie układać, może wpływać na ukształtowanie stłumienia, a powtóre dlatego, że pęcherz rozszerza się przy wypełnieniu naprzód i głównie ku tyłowi, t. j. ku kości krzyżowej, a okolica ta jest dla opukiwania niedostępna.

Badanie przez odbytnicę, szczególnie badanie skombinowane przy równoczesnym ucisku drugą ręką na okolicę nadłonową, może dać przy wypełnionym pęcherzu i bocznie położonym uchyłku bardzo jasny obraz.

Pielicke stwierdził osłuchiwaniem, przy uciskaniu na okolicę uchyłka, wyraźny i charakterystyczny szmer, wywołany przelewaniem się płynu z uchyłka do pęcherza i naodwrót, przez otwór łączący.

Badanie narzędziami: Dokładne obmacanie ścian pęcherza przy pomocy zgłębnika metalowego z równoczesnem kontrolowaniem końca zgłębnika palcem, wprowadzonym do odbytnicy, może nas doskonale poinformować o obecności uchyłka; można dobrze określić jego położenie, wielkość, a nawet szerokość otworu łączącego go z pęcherzem. Lecz dzisiaj, wobec cystoskopii, rzadko kto ucieka się do badania zgłębnikiem metalowym. Cystoskopia w stosunku do badania zgłębnikiem przedstawia metodę o wiele pewniejszą co do wyników, a przedewszystkiem o wiele więcej oszczędza chorego.

Englisch starał się metalowy cewnik wsunąć do uchyłka i zauważył, że mocz odpływa wówczas bardzo powoli, a jeżeli uchyłek leży z boku i ku tyłowi i jest duży, z powodu tego, iż ściany jego są zazwyczaj zwiotczałe, prąd odpływającego moczu bywa słaby; dopiero przy ucisku ręką na okolicę uchyłka prąd ten staje się silniejszym. Jeżeli pęcherz i uchyłek są zakażone, to mocz, który w pierwszej części był lekko mętny, staje się za uciskiem na uchyłek silnie ropnym.

Istotne znaczenie dla rozpoznawania uchyłka pęcherza, szczególnie przy pewnej jego wielkości i położeniu na przedniej ścianie pęcherza, ma wedle Cholzoffa zjawisko znikania guza w okolicy pęcherza po założeniu cewnika i wypuszczeniu moczu i zjawiania się guza po napełnieniu pęcherza.

Najpewniejszym sposobem rozpoznania uchyłka pęcherza jest cystoskopia. Wykazuje ona jak najdokładniej, gdzie uchyłek się znajduje, w której okolicy pęcherza, jakim otworem łączy się z pęcherzem i jaki jest jego stosunek do moczowodu, poucza nas dalej o stanie błony śluzowej pęcherza i samego uchyłka, do którego można wsunąć cystoskop, wykrywa ewentualne kamienie lub nowotwory, które nie należą do rzadkości w uchyłkach, dalej pozwala ocenić wielkość i kształt gruczołu krokowego, jakoteż i wartość czynnościową nerek, co ze względu na zabieg chirurgiczny może mieć duże znaczenie. Jak każda metoda kliniczna, tak i cystoskopia obraca się w pewnych granicach możliwości i bywają przypadki, gdzie zastosować jej nie można. Do takich zaliczyć trzeba n. p. zwężenia cewki, które nie pozwalają na wprowadzenie cystoskopu. Jeżeli się uda wprowadzić cystoskop, to w samym pęcherzu napotkać mozemy na duże trudności. I tak silny obrzęk zapalny błony śluzowej pęcherza może sprawiać, że otwór łączący zostaje zupełnie zaciśnięty i w cystoskopie niewidoczny; dalej, jeżeli się pęcherz wypełnia powszechnie przyjętą ilością 150 cm³ płynu, może się zdarzyć, że płyn ten ucieka do uchyłka, a w pęcherzu będzie ciasno i ciemno. Dlatego to przy przypuszczeniu uchyłka musi się cystoskopia odbyć przy możliwie największem wypełnieniu, na jakie pozwala pęcherz. Niebezpieczeństwa cystoskopii, o jakich wspomina Englisch, że cystoskopem można przy przechodzeniu do uchyłka przebić ścianę pęcherza lub wywołać oparzenie lampką, są przesadzone. Wprowadzanie cystoskopu do uchyłka odbywa się pod ustawiczną kontrolą oka i badający każdej chwili zdaje sobie sprawę z położenia dzióba cystoskopu; o przebiciu ściany pęcherza w tych warunkach mowy być zatem nie może, co się zaś tyczy oparzeń lampką, to mogło się to dawniej trafić, obecnie zaś są w powszechnem użyciu t. zw. »zimne lampki«, które nie rozgrzewają się nawet przy długiem świeceniu i oparzenia wywołać nie mogą.

W r. 1904. zastosował Koller poraz pierwszy promienie Röntgena w celu rozpoznania uchyłka pęcherza; do tego celu wypełnił pęcherz i uchyłek powietrzem, a przy prześwietleniu otrzymał w tem miejscu cień. Kontury tego cienia były rozlane, lecz pomimo tego pozwalały na dokładne ocenienie stosunku uchyłka do pęcherza.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wodolecznictwo w polskich uniwersytetach.

W sprawie reformy studyum lekarskiego powinni zabrać głos, obok profesorów, także lekarze, a z tych przedewszystkiem młodzi, ci bowiem ukończyli studya według ostatniego sposobu nauczania i zdają sobie najlepiej sprawę z tego, jakie wiadomości wnieśli do swej praktyki i czego im brakuje. Jako taki zabieram głos w tej sprawie.

Kiedy się czyta dzieło Wilhelma Winternitza, pierwszego profesora, który ex cathedra wykładał o wodolecznictwie, to trudno uwierzyć, że tak obszerny dział terapii, jakim jest wodoleczenie, traktuje się u nas po macoszemu. A naprawdę niema dzielniejszego środka nad wodolecznictwo. Teoretyczne wiadomości o wodolecznictwie bez praktycznych, podobnie jak w chirurgii, choćby nawet gruntowne, nie wystarczają do praktyki. Lekarz musi bezwarunkowo umieć wykonywać zabiegi, gdyż woda źle zastosowana pociąga za sobą złe skutki, a powtóre musi umieć pokazać otoczeniu chorego, jak się je robi. Doświadczenie poucza, że chorzy i pielęgnujący ich nigdy nie wykonują dobrze zabiegu, jeżeli nie pokaże się im go praktycznie.

Dzisiejszy uniwersytet nie daje lekarzowi dokładnych wiadomości o wodolecznictwie, ani teoretycznych, ani praktycznych. Żniniewicz powiada w swojem »Studyum z praktyki wodoleczniczej«, że kiedy profesor Strümpell zapytał się kandydata medycyny, co wyobraża sobie przy tem, gdy pacyentowi przykłada

kompres, żaden student nie wiedział nic więcej, jak tylko tyle, że używa się do tego zwyczajnego płótna, wody, ceratki i flaneli. Wprawdzie słyszy się tu i ówdzie w ciągu wykładów, że w danym wypadku dobrze robią kąpiele lub opaski, nie podaje się atoli ani opisu, ani szczegółowych wskazań i przeciwwskazań pojedynczych zabiegów w rozmaitych chorobach. Wodolecznictwo jest gałęzią wiedzy lekarskiej, równie ważną jak inne, jest niezbędne dla lekarza praktyka i jest nauką ścisłą, nie dającą się wyuczyć mimochodem, ale wymaga specyalnych studyów obszernych, popartych doświadczeniami.

Podaję zatem myśl utworzenia katedry wodolecznictwa i traktowania jej równorzędnie z innemi katedrami przez wybudowanie osobnej kliniki i gmachu doświadczalnego.

Dr Leonard Ottenbreit, lekarz miejski w Bieczu.

Sprawozdanie Prezydenta Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej

Dr Jana Papée

za czas od 10. marca 1917 do 23. lutego 1918.

(Dokończenie).

II. Sprawą, która dotyka ogół lekarzy, jest sprawa taryfy sądowolekarskiej w sprawach karnych. Taryfa ta, zmieniona w r. 1901, już przed wojną nie odpowiadała stosunkom, dlatego na XVI Wiecu Izb z inicyatywy naszej Izby wniesiono projekt nowej taryfy. Ponieważ wskutek wybuchu wojny sprawa ta utknęła i nie było nadziei w drodze ustawodawczej ją załatwić, Wydział naszej Izby w r. 1916 wniósł za pośrednictwem Wydziału wykonawczego memoryał do Ministerstwa sprawiedliwości z żądaniem prowizorycznego podwyższenia honoraryów lekarskich o 100%. O załatwienie tej sprawy urgował Prezydent Izby osobiście w Wiedniu kilka razy, nadto w październiku wnieśliśmy ponowne ponaglenie w drodze Wydziału wykonawczego, a zarazem zwróciliśmy się do wszystkich Izb z prośbą o osobne analogiczne wystąpienie według otrzymanej z Wydziału wykonawczego relacyi. Minister sprawiedliwości wobec deputacyi osobnej przyznał słuszność naszych żądań i przyrzekł w porozumieniu z Ministrem skarbu ją załatwić.

III. Według naszego przekonania dyety za tłumienie i szczepienie chorób zakaźnych, zwłaszcza zaś zwrot kosztów podróży, stoją w rażącej sprzeczności z obecnymi stosunkami ekonomicznymi i faktycznym wydatkiem na podwody. Z tego powodu wniósł Wydział obszerne przedstawienie do Wydziału krajowego i do Namiestnictwa z prośbą o podwyższenie dyet za szczepienie ospy, delegacyę do chorób zakaźnych i kilometrowego. Wydział krajowy pismem z dnia 2. stycznia 1918 zawiadomił, że dyety za szczepienie ospy podwyższa o 40—50%, począwszy od r. 1917, zaś o podwyższenie kilometrowego odnosi się z gorącem poparciem do c. k. Namiestnictwa. Co do dyet za choroby zakaźne według zasięgniętej informacyi u miarodajnych czynników załatwienie tej sprawy możliwe jest tylko drogą rozporządzenia dla całego państwa. Wobec tego Izba nasza tymczasowo radzi lekarzom przynależnym, ażeby, opierając się na § 27 ustawy z r. 1913 o tłumieniu chorób zakaźnych, zawierali ze starostwami poszczególne umowy z żądaniem dyet dziennych 15 koron. Okólnik taki wysłano do wszystkich lekarzy.

IV. W sprawie żądania prywatnych Towarzystw ubezpieczeń od wypadków, aby im dyrekcye szpitali wydawały świadectwa i orzeczenia lekarskie względnie odpisy historyi chorób, zwróciliśmy się z przedstawieniem do Wydziału krajowego, aby stanął w obronie postanowień Izb lekarskich i zabronił bezpłatnego wypełniania przedkładanych przez Tow. formularzy, a zezwolił tylko na wydawanie orzeczeń za wynagrodzeniem, ustanowionem przez Izby lekarskie. Wydział krajowy pismem z dnia 13/IX 1917 w odpowiedzi swej stara się utrzymać różnicę co do historyi chorób a świadectwami i orzeczeniami, i jest zdania, że historye choroby są dokumentem szpitalnym, którego wydawania nie potrzeba odmawiać Tow. ubezpieczeń, co do wydawania świadectw pozostawia lekarzom szpitalnym zupełną swobodę. Wydział Izby na posiedzeniu 25/1 uchwalił przesłać Wydziałowi krajowemu wyjaśnienie, że obowiązek tajemnicy lekarskiej odnosi się także do historyi choroby, która jest zbiorem szczegółów, stanowiących najściślejszą tajemnicę chorego; wydawanie zatem odpisu jej bez zgody chorego jest zdaniem Izby niedozwolone, chyba na żądanie uprawnionego do tego Sądu.

V. Z powodu utrudnień w legitymacyach i uzyskaniu podwód, doznanych przez lekarzy przy odwiedzaniu chorych Wydział Izby wniósł do Namiestnictwa prośbę o ich usunięcie. W załatwieniu tej prośby Namiestnictwo wydało polecenie Starostwom, aby lekarzom nie czyniono trudności w wydawaniu legitymacyi z ważnością na okres trzech miesięcy i aby im w nagłych wypadkach Starostwa szły na rękę w uzyskaniu podwody.

VI. Z powodu utworzenia Ministerstwa zdrowia i opieki społecznej Izby lekarskie przedstawiły Rządowi obszerny memoryał, w którym wyrażone zostały imieniem Izb postulaty, aby: Ministerstwo zdrowia było bezpolityczne, a kierownictwo jego spoczywało w rękach lekarza, by w Ministerstwie scentralizowane zostały wszystkie sprawy, odnoszące się do zdrowia publicznego, ażeby na poszczególnych stopniach administracyi sanitarnej (gminy, okręgi, zarządy krajów) byli postawieni lekarze jako samodzielne, w sanitarnych sprawach rozstrzygające, w prawo egzekutywy wyposażone czynniki sanitarne. W końcu zażądano w memoryale, aby w ciągu prac przygotowawczych co do organizacyi Ministerstwa wysłuchano opinii Izb, a projekt organizacyi wypracowany przez Rząd dano Izbom do zaopiniowania.

VII. W sprawie uwzględnienia sił krajowych w utworzyć się mającem Ministerstwie zdrowia zwróciliśmy się do Ministra dla Galicyi i Koła Polskiego z prośbą, ażeby stosownie do liczby ludności i potrzeb kraju zabezpieczono dostateczną ilość referentów dla Galicyi. W tej sprawie przeprowadzono korespondencyę z p. Ministrem, który przyrzekł to żądanie Izby uwzględnić.

VIII. Statut Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach, zwrócony przez Ministerstwo w marcu 1917, w myśl wskazówek żądanych poprawiono, a tabele matematyczne skonstruowane i zrewidowane zostały również w myśl żądania Ministerstwa przez specyalistę technika matematyczno-asekuracyjnego. Rozporządzeniem z dnia 3/9 1917 L. 38351/17 został statut zatwierdzony i Kasa pensyjna może obecnie wejść w życie. Zaproszenie do przystępowania do Kasy rozesłaliśmy wszystkim lekarzom przynależnym, a dalsze czynności przygotowane do założenia Kasy są w toku.

IX. Z powodu zmiany ustawy o kasach chorych i wynikającej stąd potrzeby ustanowienia Komisyi pojednawczych, na żądanie Namiestnictwa przedłożyliśmy opinię Izby w tym kierunku, iż należy ustanowić stale urzędującą komisyę we Lwowie, któraby się składała w połowie z przedstawicieli Izby i Kas chorych pod przewodnictwem urzędnika administracyjnego. Jako jedno z głównych zadań tej komisyi zaznaczono uporządkowanie stosunków służbowych lekarzy kasowych i ustalenie ramowego kontraktu umowy.

Równocześnie przypomnieliśmy w »Przeglądzie lekarskim« wszystkim lekarzom wzór kontraktu, wypracowanego przez naszą Izbę w r. 1914, z wezwaniem, aby się tego wzoru trzymali przy obejmowaniu posad w kasach chorych.

X. Na wiosnę r. 1917 urządziło Ministerstwo spraw wewnętrznych bezpłatny kurs dla lekarzy celem pouczenia o sposobie prowadzenia opiek dla chorych na gruźlicę. Wydział na żądanie Namiestnictwa przedstawił szereg kandydatów ze Lwowa i prowincyi, z których kilku zostało uwzględnionych i w tym kursie wzięło udział.

XI. Kilku lekarzy okręgowych, odbywających obecnie służbę wojskową, zwróciło się do Izby z zażaleniem, że odnośne Wydziały powiatowe nie chcą im wypłacać poborów służbowych i uważają stosunek służbowy za rozwiązany. Ponieważ w myśl ustawy lekarzom takim, o ile są stabilizowani, pobory służbowe się należą, Wydział Izby wniósł przedstawienie do Wydziału krajowego. Gdy jednak wydawanie zarządzeń co do wypłaty poborów nie leży w kompetencyi Wydz. krajowego, poradziliśmy dotyczącym lekarzom, aby nadto zwrócili się na drogę prawa przeciw Wydziałom powiatowym.

W sprawie obejmowania posad, opróżnionych chwilowo przez lekarzy powołanych do wojska, uchwalił Wydział, że obejmowanie to jest dozwolone tylko w charakterze zastępczym, stałe ich przyjmowanie nie jest zgodne z etyką i pociągnęłoby za sobą wdrożenie kroków dyscyplinarnych przeciw obejmującemu.

Ogłoszenie tej treści zamieścił Wydział w »Przeglądzie lek.« do wiadomości i zastosowania się przez lekarzy do Izb przynależnych.

XII. Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża zwróciło się z projektem szkolenia ociemniałych na zawodowych masażystów i z prośbą o jego zaopiniowanie. Wydział Izby, opierając się na rozp.

Ministerstwa, wydanem 18/1 r. 1895, które uważa samodzielne wykonanie masażu w celach leczniczych za jedną z metod należących do wiedzy lekarskiej, następnie mając na względzie zapobieganie partactwu lekarskiemu, wreszcie ze względu na to że zdaniem Izby do wykonywania miesienia niezbędnie jest potrzebny zmysł wzroku, zaopiniował powyższy projekt odmownie.

XIII. Poczyniliśmy starania o ułatwienie zaopatrzenia lekarzy w alkohol czysty, denaturowany i w naftę. Co do alkoholu czystego Centrala spirytusu w Wiedniu przyznała na rok 1917/18 lekarzom po 6 litrów na osobę do celów desinfekcyjnych, w myśl tego otrzymało 291 lekarzy alkohol; w grudniu otrzymaliśmy jednak zawiadomienie z Centrali, że dalszy przydział został wstrzymany z powodu braku i zapotrzebowania przez wojsko. W sprawie uzyskania spirytusu denaturowanego Ministerstwo skarbu przyznało dla okręgu naszej Izby 1660 litrów na rok 1918. Co do sposobu rozdziału jest w toku porozumienie z tutejszą Ekspozyturą spirytusu, do Ministerstwa zaś skarbu wnieśliśmy przedstawienie, że ilość przydzielonego spirytusu jest w stosunku do liczby lekarzy niewystarczająca. Pod względem ułatwień w otrzymywaniu nafty Namiestnictwo poleciło Starostwom uwzględnianie w pierwszym rzędzie lekarzy i zrównanie ich z najbardziej uprawnionymi co do poboru nafty. Na podstawie tego lekarze mają zwracać się bezpośrednio do Starostw z żądaniem większego przydziału nafty.

Wydział wyk. Izby czynił starania u Ministra żywnościowego o zaliczenie lekarzy do osób ciężko pracujących, na co atoli otrzymał odpowiedź odmowną.

W sprawie zaniechania dalszej rekwizycyi węgla i artykułów żywnościowych z Galicyi poparliśmy telegraficznie protest Izby lekarskiej krakowskiej, wniesiony osobiście przez deputacyę tej Izby u Koła sejmowego w Krakowie.

XIV. Wydział Izby pośredniczył z pomyślnym skutkiem w kilku wypadkach wypłaty zaległych rachunków za delegacye przy zwalczaniu chorób zakaźnych i szczepienie ospy. Wskutek interwencyi Wydziału w Namiestnictwie, przyspieszono wypłatę honoraryów.

W sprawie prywatnych honoraryów lekarskich na żądanie interesowanych lekarzy wydaliśmy kilka orzeczeń.

XV. Wydaliśmy na żądanie władz podatkowych liczne wyjaśnienia w sprawie zaniechania, niewykonywania, względnie zmniejszenia rozmiarów praktyki lekarskiej, te ostatecznie w tym duchu, że w okresie wojennym dochody z praktyki zmniejszyły się we Lwowie co najmniej do połowy w porównaniu z okresem przedwojennym.

XVI. Na prośbę lekarzy w Gródku zatwierdziliśmy taryfę lekarską dla tego miasta, po poczynieniu pewnych nieznacznych zmian.

XVII. Jeden z lekarzy, otrzymawszy ze Starostwa polecenie donoszenia imiennego o każdym przypadku choroby wenerycznej, zwrócił się do Izby z prośbą, jak ma postąpić, aby nie wejść w kolizyę z obowiązkiem tajemnicy lekarskiej. Wydział Izby odpowiedział, że lekarz jest obowiązany stać na stanowisku ustawowem tajemnicy lekarskiej, gdyż dotąd niema przepisów obowiązek ten znoszących, wobec czego lekarz ten zdaniem Izby nie może postąpić w myśl polecenia Starostwa.

XVIII. Wskutek powołania lekarzy do służby wojskowej ciągle się daje odczuwać, zwłaszcza na prowincyi, brak lekarzy. W okręgu naszej Izby są powiaty, pozbawione w zupełności lekarzy, inne mają bardzo niedostateczną pomoc lekarską. Wydział Izby wnosił przedstawienie w tej sprawie do władz cywilnych i wojskowych, a w ostatnim czasie odnieśliśmy się także do Namiestniczego Komitetu ratunkowego, zwracając uwagę na potrzebę powrotu i reklamacyi lekarzy dla okolic, tej pomocy pozbawionych. Do Naczelnej Komendy wojskowej zwróciliśmy się z prośbą o wyznaczenie okulisty dla miasta Stanisławowa; wskutek rozwiązania szpitala Czerwonego Krzyża we Lwowie zwróciliśmy się za pośrednictwem Magistratu o pozostawienie we Lwowie zajętych tam dotychczas lekarzy.

XIX. W sprawie powrotu władz centralnych i zniesienia cenzury wniesiono memoryał do Rządu i władz wojskowych, uchwalony na zebraniu, które odbyło się z inicyatywy naszej Izby, a na którem były obecne wszystkie instytucye i reprezentacye zawodowe. Podobne zebranie w sprawie zniesienia terenu wojennego w Galicyi odbyło się w Izbie adwokatów przy udziale naszej Izby i wspomnianych reprezentacyi zawodowych, które uchwaliło i wniosło do Rządu memoryał, z pomyślnym, jak wiadomo, rezultatem.

XX. Zażalenia w sprawie partactwa lekarskiego, których w ciągu roku było kilka, odstąpił Wydział Prokuratoryi, już też Magistratowi miasta.

XXI. Na prośbę Prezydyum Sądu krajowego wydał Wydział Izby opinie co do kwalifikacyi petentów na rzeczoznawców sądowych. Zaopiniowaliśmy kilkanaście podań o koncesye na otwarcie nowych aptek we Lwowie i na prowincyi.

XXII. Wiec Izb lekarskich nie odbył się również i w roku ubiegłym, w miejsce jego zainicyowane zostały celem utrzymania kontaktu z poszczególnemi Izbami konferencye prezydentów Izb we Wiedniu, których odbyło się w r. 1917 trzy. Przedmiotem obrad były aktualne sprawy wspólne, objęte także dzisiejszem mojem sprawozdaniem; co do obrad tych nie zapadają jednak żadne uchwały, obowiązujące wszystkie Izby.

XXIII. Rada honorowa Izby odbyła 8 posiedzeń, przedmiotem obrad i uchwał były sprawy osobiste, zażalenia stron prywatnych i ze strony władz o przekroczenie z tytułu wydania świadectw lekarskich. Z 10 rozpatrzonych spraw załatwiono 3, reszta pozostaje w toku dalszego dochodzenia.

XXIV. Wydział Izby uchwalił wdowom i sierotom po lekarzach udzielić zapomóg w kwocie 5.400 koron. Uwolniono częściowo od opłaty rocznej 17 lekarzy, odpisano opłaty z powodu przebywania poza Galicyą 8 lekarzom.

Na zakończenie podaję, że cyfrowo przedstawia się ogół czynności w ten sposób, że Wydział odbył 30 posiedzeń, liczba załatwień dokonanych przez prezydyum wynosi według protokołu podawczego: 1082.

Liczba lekarzy przynależnych wynosi nominalnie: 846 (ośmset czterdziestu sześciu).

Z tego jest:

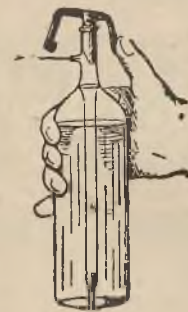
a) we Lwowie	225
b) na prowincyi	176
w niewoli	25
w służbie wojskowej	256
opuściło miejsce pobytu	148
zmarło	13
zaprzestało praktyki	3
Razem	846

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:







Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 913.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek krak dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVII. Kraków, 22 czerwca 1918 Nr. 25

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ś. P. ANTONI NOGA MARS

Z coraz więcej malejącego grona polskich lekarskich sił uniwersyteckich ubywa znowu jedna.

Nie w sędziwym wieku, na progu zaledwie starości odchodzi na wieczny odpoczynek Antoni Mars, pozostawiając po sobie lukę, naprawdę trudną do wypełnienia, i żal serdeczny licznych przyjaciół. Nad grobem Jego ten żal przemawia pierwszy, mówiąc, że oto śmierć zabrała człowieka zacnego i przyjaciela pewnego. A potem dopiero, kiedy się zasiada do skreślenia pozgonnego wspomnienia, przychodzi refleksya i sięgając do zasobu wspomnień, pokazuje nam tę postać w całym jej osobistym rozwoju od lat młodzieńczych aż po chwilę skonu.

Wartość człowieka leży w jego głębi, niedostępna dla obserwatora, a często i samemu sobie nieznana. Życie dopiero przynosi ze sobą momenta, w których ta lub inna cecha uwidocznia się i staje się przez to jawną dla każdego. Wszakże męstwo poznaje się dopiero w walce, a wytrwałość w codziennym trudzie życia.

Tragedyą jest życie człowieka, od którego warunki żądają cnót, jakich nie posiada, ale większą tragedyę przechodzi ten, kto ma w sobie bogate zasoby, ale nie ma możności objawienia ich i zużytkowania.

Rozpamiętując życie ś. p. Marsa, śmiało powiedzieć możemy, że nie należał ani do tych, ani do tamtych nieszczęśliwych. Bogate miał w sobie zasoby, ale też znalazł rozległe pole, na którem mogły one dojść do pełnego wyrazu i przynieść plon obfity.

Przymioty te ujawniały się w miarę rozwoju indywidualnego. Już jako młody asystent krakowskiej kliniki okazał się wybitną siłą. Niezapomniany szef mój, ś. p. Madurowicz, stawiał Go nam nieraz za przykład, mówiąc o Nim, jako o asystencie pracowitym, oddanym całem sercem klinice i profesorowi i garnącym się ochoczo do nauki.

Ta służba w klinice, przy boku Madurowicza, wydobyła na jaw pierwszą Jego cnotę, która okazała się niezmienną Jego cechą. Była to wierność w przyjaźni. Wzruszającą była wdzięczność, jaką Antoni Mars miał dla swojego Mistrza, wdzięczność, która po śmierci profesora przeszła w kult Jego pamięci. Wierność w przyjaźni odczuwali i wysoko cenili i inni Jego przyjaciele. Wiedzieli o tem, że Antoni Mars przechowuje przyjaźń jak skarb najcenniejszy i że strzeże go gorliwie, wiedzieli też i o tem, że uczuć Jego nie osłabia odległość, gdyż doświadczyli, że węzły przyjaźni, zadzierzgnięte w młodzieńczych latach, w Krakowie, nie rozluźniają się ani na chwilę po przeniesieniu się ś. p. Marsa do Lwowa.

Ta cecha Jego serca jaśniała tem żywiej w rodzinnem kole. I w chwilach szczęścia i wtenczas, kiedy przychodziły klęski, które Go nierzadko nawiedzały, i kiedy trzeba było drżeć o życie najbliższych lub żegnać ich na wieki, widzieliśmy w Antonim Marsie najczulszego męża, ojca i brata.

Ale tkwił w Nim nadto zapał do pracy i bezustanna dążność do wywalczenia sobie pola działania. Opuściwszy asystenturę, znajduje je na terenie dydaktyki, jako docent krakowskiej wszechnicy. Wykłady Jego cieszą się wielką wziętością. Uczy z zapałem i ten zapał udziela nam, wówczas uczniom. W tem, co ex cathedra głosi, niema ani śladu oschłości lub scholastycyzmu. Wszystko tętni życiem, a przytem w wykładzie tym jest jakiś swoisty powiew swobody, jest niekiedy nawet swojski humor. Takim prelegentem pozostał przez całe życie. Uczył intensywnie, z zapałem; czuło się, jak gorąco pragnie nauczyć i jak Go cieszy to, że uczyć może, że może wielkie swoje doświadczenie i szeroką wiedzę rozdawać między słuchaczów. Jak każdy naprawdę dobry prelegent, lubił też swoje wykłady i nie uważał ich za ciężar.

Pole dydaktyki uprawiał przez lat blizko czterdzieści. Liczył też całe setki wdzięcznych uczniów pomiędzy lekarzami i dziesiątki specyalistów, którzy Mu całą umiejętność w zawodzie zawdzięczali.

A równocześnie działał na innem polu — niemniej trudnem i pełnem odpowiedzialności — na polu praktyki lekarskiej. Praktyka ta rozwija się szybko w Krakowie, potem we Lwowie. I chore, które leczył, i lekarze, którzy się z Nim przy łóżku cierpiących spotykali, zaświadczyć mogą, że ś. p. Mars był lekarzem w całem tego słowa znaczeniu. I tu żadnej oschłości, żadnego sztucznego nadawania sobie powagi, tylko serdeczność, przejęcie się cierpieniem chorej, dbałość o jej losy, sumienność i życzliwość. Miał nietylko wiedzę i doświadczenie, ale i temperament i serce lekarza i z pewnością szczęśliwym Go nazwać można, że przez tak długie lata mógł te swoje zalety zużytkowywać dla dobra chorych. Pole jego lekarskiego działania było rozległe i choć przeżyć musiał wiele zawodów i przykrości, jak każdy lekarz praktyczny, choć w zajęcie to włożyć musiał wiele serdecznego trudu, przecież miał też niewątpliwie bardzo duże zadowolenie, że patrzeć mógł na setki wyleczonych i wdzięcznych kobiet.

Dydaktyczne zajęcia i praktyka lekarska nie są jednak w stanie zaspokoić dążeń tego ruchliwego i żywego umysłu. Wśród największych trudności, przeważnie własnym sumptem, stwarza Antoni Mars nowy zakład w Uniwersytecie Jagiellońskim, pracownię ginekologiczną. W dwóch salach Collegii minoris, mieszczących ten instytut, zapanowuje życie naukowe. Profesor wnosi w nowy zakład zapał, energię i pomysły naukowe i częścią sam, częścią ze współpracownikami, wykonywa tu szereg poważnych prac naukowych. Zapalony nauczyciel i gorliwy lekarz staje się nadto poważnym naukowym badaczem. W latach tych zaznacza się nowa Jego, nieoceniona zaleta. Okazuje się organizatorem i co u nas od tego nieodłączne, agitatorem. W pracowni Jego schodzimy się, starsi i młodzi specyaliści, na pierwsze posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego. Przewodniczy Madurowicz, ale Antoni Mars jest niewątpliwie Towarzystwa tego twórcą i duszą.

Skupia w tem gronie i nas, wówczas asystentów klinicznych, i starszych praktyków ginekologów. Posiedzenia stają się częste, zajmujące i pouczające i duch panuje w Towarzystwie doskonały. Świadczą o tem »Roczniki«, które wychodzą w druku, znowu dzięki Jego energii organizatorskiej. Zakres działalności Jego rozszerza się z każdym rokiem. Wkrótce widzimy Go na krześle prezydyalnem Towarzystwa lekarskiego, które zalicza Go do najzasłużeńszych członków. Wszakżeż budowa własnego domu z Jego powstała inicyatywy.

A za lat kilka spotykamy Go na Zjazdach ginekologów zagranicznych, gdzie wkrótce staje się znaną i szanowaną postacią. On to wyprowadza nas młodszych na tę szerszą międzynarodową arenę, zapoznaje nas z zagranicznymi uczonymi i do współzawodnictwa zachęca.

Wreszcie ostatnie lata Jego pobytu w Krakowie. Znowu praca pionierska, organizatorska. Jest pierwszym profesorem samodzielnej Szkoły położnych. Wkłada w urządzenie jej i puszczenie w ruch mnóstwo trudu i naprawdę stwarza ją prawie z niczego w lokalu beznadziejnie złym, ale jedynym, jaki można było uzyskać. Pracę na tem stanowisku uważa za obywatelski obowiązek; dąży więc wytrwale do poprawy smutnych stosunków służby położniczej w kraju, zaprawia się więc na tym posterunku do działalności, jaką później rozwija jako poseł sejmowy.

Powołany na pierwszą położniczo-ginekologiczną katedrę w Uniwersytecie lwowskim, opuszcza Kraków, jako człowiek w zupełności skrystalizowany. Wiemy, że nowy profesor okaże się i tam zapalonym prelegentem i rozumnym nauczycielem, dzielnym i serdecznym lekarzem, wytrawnym pracownikiem naukowym i nieustraszonym organizatorem, i wiemy, że i tam otoczy Go grono serdecznych przyjaciół. Ze zmianą miejsca pobytu rozszerza tylko teren swojej działalności. Organizować musi pierwszą lwowską klinikę kobiecą i ująć w swoje doświadczone dłonie ster nauczania dwóch ważnych przedmiotów. Musi dalej stworzyć ognisko badań naukowych. Wszyscy wiedzą, że zrobi to doskonale i że przed żadnym trudem się nie cofnie, że przeciwnie z dziwną wytrwałością usuwać będzie zapory, które u nas, niestety, każdy człowiek czynu na drodze swojej napotyka. Jako dziekan lwowskiego Wydziału, a w wyższym jeszcze stopniu jako Rektor Uniwersytetu, okazuje się siłą pierwszorzędną i z pewnością lwowska Wszechnica zalicza Go do najzasłużeńszych członków pierwszego lekarskiego fakultetu.

W latach tych bierze ś. p. Antoni Mars na barki swoje zaszczytny ciężar posłowania na Sejm krajowy jako reprezentant ziemian limanowskich. Swoje zachowawcze przekonania polityczne wypowiada śmiało, w Sejmie jednak jest nietylko politykiem i członkiem Koła krakowskiego, ale i wybitnym pracownikiem fachowym. Myśli o poprawie szpitalnictwa i stosunków zdrowotnych kraju, a dokładnością swoich sprawozdań i gorącą wymową zyskuje dla swoich myśli zwolenników nietylko w gronie swoich politycznych przyjaciół, ale i pośród przeciwników.

Podczas wielkiej wojny opuszcza Lwów i spędza czas pewien w Wiedniu, gdzie bierze żywy udział w polskim ruchu politycznym. Z chwilą odzyskania Lwowa przez armię austryacką wraca na swoje stanowisko. Zastaje klinikę zajętą na inne cele i znowu walczy i organizuje. Wreszcie udaje Mu się stworzyć niejako na nowo klinikę; zaczyna w niej uczyć i operować. Przy jednej z septycznych operacyi kaleczy się przy myciu w palec i ulega ostremu zakażeniu. Mimo umiejętnej i serdecznej opieki lekarskiej zakażenie uogólnia się i kładzie koniec Jego pracowitemu życiu.

Ze ś. p. Antonim Marsem schodzi do grobu niezwykła i pełna indywidualizmu postać. Było w nim jakieś misterne i nierozdzielne połączenie cech polskiego ziemianina i uczonego lekarza. Ten obywatel ziemski z Limanowszczyzny wnosił ze sobą wszędzie jakąś swobodę i wesołość, humor szlachecki, niekiedy rubaszny i rozmach, w którym odczuwało się jakby powiew dawnego polskiego dworu szlacheckiego. Tkwiło to tak głęboko w naturze tego człowieka, urodzonego i wychowanego na wsi, że ten humor i ten rozmach przynosił z sobą i do sali wykładowej, i na posiedzenie naukowe, ba nawet do pałacu pruskiej Izby Panów, w której wygłaszał przed laty referat na międzynarodowym zjeździe ginekologów. Ten animusz szlachecki był w zgodzie z Jego zewnętrzną postacią i nie był u Antoniego Marsa czemś sztucznem, tylko należał do najistotniejszej treści Jego psyche. Nie opuścił Go nawet na łożu śmierci, w ostatniej bodaj rozmowie ze stroskanymi kolegami.

Z drugiej strony ten ziemianin i poseł większej własności był na stanowisku posła uczonym lekarzem, dbałym o interesa uniwersytetów, szpitali i krajowej służby zdrowia. I innych jeszcze niezwykłych skojarzeń dopatrzeć się było można w Jego naturze. W działaniu przewidujący, ostrożny, pełen refleksyi, był przytem niezwykle uczuciowym; tym uczuciom nie szkodziły widocznie »myśli zbytnio rozwinięte«. Doświadczenie lekarskie miał ogromne, ale doświadczenie to nie było u Niego »pancerzem dla piersi, w której serce nie uderza«, ani »bawełną w uszach od ludzkiego jęku«. Przeciwnie umiał kojarzyć swoje współczucie i pewną miękkość serca z zimną krwią doświadczonego lekarza i operatora. Była to natura bogata, bardzo swojska i bardzo indywidualna.

Po męsku, świadomie, wziął na siebie ogrom pracy; we wszystko, co czynił, wkładał najlepszą wolę, niespożytą energię i nieopuszczającą Go nigdy troskę o dobro Ojczyzny. Ojczyznę tę widział i w sali wykładowej kliniki i w pracowni naukowej i w Sejmie krajowym i w swoim zacisznym dworze limanowskim. Jedynem otium Jego życia był pobyt w tym ukochanym dworze. Tam wypoczywał po wszystkich trudach zawodu i tam też spoczął na wieki.

S. p. Antoni Mars mawiał nieraz, że nie zna większej rozkoszy, jak wsłuchiwanie się w szum drzew, ocieniających Jego dworek limanowski, a może, zanim zamknął oczy na wieki, w duszy powtarzał za poetą prośbę:

Na grobie mym raczcie posadzić
Dwa świerki lub dwa jesiony.

Niechajże szumią nad Jego grobem na polskim wiejskim cmentarzu i niechajże pogwary ich przyniosą Mu wieść o szczęściu Ojczyzny, którą tak miłował i dla której poniósł tyle serdecznego trudu.

Aleksander Rosner.

Prace ogłoszone drukiem:

1. Znacznych rozmiarów włókniak pozaotrzewny. Przegl. lek 1879. 2. Przebieg endemii gorączki połogowej w grudniu 1879 r. Przegląd lekarski 1880. 3. O przechodzeniu istot upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu. Z pracowni prof. Dr Browicza. Tamże 1880. 4. O cięciu cesarskiem i jego metodach. Tamże 1881. 5. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu. Tamże 1888. 6. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki. Tamże 1889. 7. Brak miesiączki do 48. roku życia. Mimowolne wywołanie tejże. Tamże 1889. 8. Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem zapomocą palca. Tamże 1889. 9. Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania. Tamże 1889. Tożsamo po niemiecku. Arch. f. Gyn. 1889. 10. Przekrój ciała osoby zmarłej podczas porodu. Akademia Umiej. 1890. Toż po niemiecku. Kraków 1890. 11. Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem. Tamże 1890. 12. Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. Tamże 1891. 13. Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa. Tamże 1891. 14. O gruczolaku złośliwym macicy (adenoma destruens uteri). Tamże 1893. 15. Przypadek endometritis tuberosa polyposa. Tamże 1893. 16. O leczeniu operacyjnem pęknięcia macicy podczas porodu. Tamże 1893. 17. Przypadek porodu u osoby cierpiącej na wadę serca. Tamże 1893. 18. Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy. Przegląd chirurgiczny 1894. 19. Maurycy Jelita Madurowicz. Przegląd lekarski 1893. Rocznik Towarzystwa ginekolog. 1894. 20. Mars A. i Nowak J. O budowie i rozwoju łożyska ludzkiego. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Lwów 1895. Akademia Umiej. w Krakowie 1895, 1896. 21. Apparatus plasticus operationes gynaekologicas illustrans. Quadrilingui: polona, gallica, germana, anglica. 1893. Tożsamo po włosku 1894. 22. Apparatus etc. additamentum primum. 1895. 23. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym. Przegląd lekarski 1896. 24. Przyczynek do etyologii świądu sromu u niewiast. Tamże 1896. 25. Angioma myxomatodes disseminatum placentae. Rocznik Tow. ginekologicznego krakowskiego 1896. Toż po niem. Monats. f. Geb. 26. Przypadek wycięcia przydatków macicy. Tamże 1897. 27. Przyczynek do etyologii chorobliwego świądu sromu. Tamże 1897. 28. Przypadek kraurosis vulvae (dyskusya z przedst. chorej). Tamże 1897. 29. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym. Tamże 1897. 30. Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy metodą A. Rosnera. Przegląd lekarski 1897. Toż po niem. Centralbl. f. Gyn. 31. Przypadek dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony przez wycięcie całkowite macicy po otworzeniu jamy brzucha. Tamże

1897. 32. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych. Tamże 1898. Toż po niem. Centrbl. f. Gyn. 33. O zbytniej ruchomości macicy. Tamże 1898. 34. Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego metodą A. Rosnera. Rocznik Tow. ginek. krak. 1898. 35. Kraurosis vulvae. Tamże. Po niem. Mon. f. Geb. 1898. 36. O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach przeznaczonych do nauczania. Przegl. lek. 1898. Toż po niem. W. kl. W. 1898. 37. Poród u cyganki. Rocznik Tow. gin. krak. 1899. 38. Uklej włóknisty u ciężarnej. Tamże 1898. 39. Kilka uwag o nowej instrukcyi dla położnych. Tamże 1898. 40. Przypadek coeliotomia vaginalis anterior. Tamże 1898. 41. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych. Przegląd lekarski 1898. 42. O próbnem otwarciu jamy brzusznej. Tamże 1899. 43. Przypadek mięśniako-włókniaków trzonu macicy. Tamże 1899. 44. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego, z uwzględnieniem naszego kraju. Tamże 1899. 45. O krwisteku (haematocele). Tamże 1900. 46. Włókniakomięśniak prawego okrągłego wiązu macicy w przewodzie pachwinowym. Tamże 1890. Toż po niem. 47. O leczeniu krwisteku omacicznego (haematocele periuterina). Tamże 1900. 48. Przypadek epispadiasis urethrae u kobiety i jeden przypadek kraurosis vulvae. Tamże. 1900. 49. O wypuszczeniu z jamy otrzewnej płynnej wypociny w przypadku ograniczonego ostrego zapalenia. Dziennik IX Zjazdu 1900. 50. O zapobieganiu gorączce połogowej. Dziennik IX Zjazdu 1900. 51. Przypadek ciąży po wyleczeniu pęknięcia macicy. Przegląd lekarski 1900. 52. Wycięcie torbieli jajnikowej i usunięcie przepukliny pępkowej. Tamże 1901. 53. Operacya wycięcia nerki u kobiety ciężarnej. Tamże 1901. 54. Przypadek kraurosis vulvae. Tamże 1901. 55. Usunięcie torbieli jajnikowej i przepukliny pępkowej. Tamże 1901. 56. O wycinaniu macicy przez pochwę. Tow. lek. lwowskie 1902. 57. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina. Tamże 1902. Toż po niem. 58. Doszczętne wyłuszczenie macicy rakowatej wraz z gruczołami według metody Wertheima. Przegl. lek. 1902. 59. Przypadek krwiaka sromu powstałego po urazie. Tamże 1902. 60. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. Tamże 1903. 61. Przedstawienie chorej z przetoką maciczno-pochwową. Tamże 1903. 62. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. Tamże 1903. 63. Przypadek rzekomego obojnactwa, leczony operacyjnie. 1903. 64. Przedstawienie chorej z guzem powłok brzusznych. Tamże 1904. 65. Przedstawienie ciekawego przypadku po operacyi i preparatu anatomicznego. Tamże 1904. 66. O zastosowaniu przyrządu oziębiającego w przypadku krwawienia z kikuta po odjęciu macicy. Tamże 1904. 67. O stosowaniu krążków w przypadkach opadnięcia macicy (prolapsus uteri). Tamże 1904. 68. Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój, wyniki. Ginekologia 1904. 69. Przypadek rozszczepu miednicy w spojeniu kości łonowych. Tyg. lek. 1906. 70. Przedstawienie dwu położnic po dokonanej hebotomii. Tamże 1906. 70. I. O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Referat na X. Z. l. i p. p. II. Nowy sposób opukiwania przez pochwę. III. Przedstawienie chorej z rozstępem miednicy. Sprawozdanie z obrad Sekcyi ginekologiczno-położniczej X Zjazdu lek. i przyr. polsk. we Lwowie 1907. 71. O leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy. Tyg. lek. 72. Przyczynek do badania ginekologicznego przez pochwę. Tamże 1907. 73. Pokaz preparatu macicy ze zgorzelinowo rozpadającym się włókniakiem. Tamże 1908. 74. a) Przypadek ropienia w prawem więzadle szerokiem. b) Preparat ciąży jajowodowej. c) Preparat ciąży śródmiąższowej. Tamże 1908. 75. Pokaz a) zgorzelinowo rozpadającego się włókniaka, b) przypadku odprowadzenia drogą krwawą wynicowanej macicy. Tamże 1908. 76. Pokaz chorej po operacyi Wertheima. Tow. lek. lwow. 1909. 77. Pokaz włókniaków macicy. Tamże. 1909. 78. Pokazy: a) guza części rodnych, b) krążka uszypułowanego. Tamże 1909. 79. Pokaz chorej z miednicą płaską. Tamże 1909. 80. Przypadek marskości sromu (kraurosis vulvae). Tamże 1910. 81. Pokazy: Ciąża jajowodowo-brzuszna. Tamże 1910. 82. Ciąża bliźniacza pozamaciczna. Tamże 1910. 83. Cięcie cesarskie, rozejście szwu. Tamże 1910. 84. Cięcie cesarskie klasyczne w oświetleniu nowszych sposobów operacyjnych. Tamże 1911. 85. Kobieta z bezwzględnem zwężeniem miednicy. Tamże 1911. 86. Przedstawienie chorej z powodu wypadnięcia macicy. Tamże 1912. 87. Sprawa chirurgicznego postępowania wobec otrzewnej na tegorocznym międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Berlinie. Tamże 1912. 88. O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej. Tamże 1912. 89. Kilka uwag o częstotliwości i wnioski z wyników leczenia operacyjnego ciąży pozamacicznej. Tamże 1912. 90. Przypadek porodu po operacyi wynicowania macicy, powstałego po porodzie. Tamże 1912. 91. A. Mars, Meisels I., Czyżewicz A., Groebel E., Jakowicki W., Kośmiński Fr. Uwagi nad obecnym stanem radyoterapii w chorobach kobiecych. Tamże 1913. 92. Mięsak macicy tyłozgiętej. Tamże 1913. 93. O tamowaniu krwotoku, pochodzącego ze znaczniejszych naddarć szyi macicy podczas porodu. Tamże 1913. 94. Jak ustrzedz się chorób wenerycznych. Wykład dla kobiet. Lwów 1917. 95. Uwagi dotyczące urządzenia nauki położnictwa i ginekologii w uniwersyteckich wydziałach lekarskich. Przegląd lekarski 1918. 96. Kilka uwag o nadmiernej ruchomości macicy. Księga pamiątkowa Uniwersytetu lwowsk. 1912. Tom I. 97. Über die peritonaeale Wundbehandlung. Verhandl. des VI internat. Kongresses f. Geb. u. Gyn. Berlin 1913. 98. Peritonitis migrans, niezwykła postać klinicznego przebiegu ostrego zapalenia otrzewnej. Przegląd chirurg. i ginek. 1914.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

W r. 1909. posłużył się Perthes metodą, podaną przez Völckera dla radiograficznego badania miedniczek nerkowych i nazwaną przez niego »pyelografią«, a polegającą na wypełnieniu dróg moczowych 5% kollargolem Obraz radiograficzny otrzymał Perthes bardzo wyraźny i należy przypuszczać, że metoda ta w przypadkach, w których cystoskopia nie będzie możliwa z jakichbądź powodów, odda cenne usługi. Później posługiwali się tą metodą Brongersma, Frisch, Hoffmann i Fischer, a ci ostatni oprócz wypełnienia pęcherza kollargolem wprowadzali do uchyłka przy pomocy cystoskopu do cewnikowania moczowodów cienki metalowy zgłębnik, który się tam zwijał i na radiogramie dozwalał ocenić wielkość i położenie uchyłka.

W przypadku, opisanym przez Fischera, wprowadzono do prawego moczowodu cewnik, a drugi cewnik wprowadzono do uchyłka, leżącego obok tegoż moczowodu; na płycie radiograficznej widać było bardzo wyraźnie oba cewniki, jeden leżący prosto w moczowodzie, a drugi zwinięty w uchyłku. Zdołano przez to oznaczyć stosunek topograficzny uchyłka do moczowodu.

Jak już powyżej wspomniano, mogą uchyłki pęcherza długi czas istnieć i nie sprawiać żadnych dolegliwości; dopiero przyłączające się powikłania zmuszają chorego do zasięgania porady i wtedy dopiero, często całkiem przypadkowo i niespodziewanie, bywa właściwa choroba rozpoznawana. Na podstawie znanego dotychczas materyału sekcyjnego można powiedzieć, że uchyłki niepowikłane pozwalają dobrze rokować co do życia. Chorzy tacy dożywają późnej starości i żadnych cierpień pęcherzowych nie doznają, a o uchyłku dowiadujemy się dopiero na stole sekcyjnym. Inaczej się rzecz przedstawia, jeżeli uchyłek ulegnie jakiemukolwiek powikłaniu. Najpoważniejszem z nich jest niewątpliwie zakażenie. Stosunek uchyłka do pęcherza, trudność opróżniania się uchyłka, spowodowana jego położeniem, wązkością otworu komunikacyjnego i niedowładem jego ściany, są przyczyną zalegania moczu i stwarzają szczególnie korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów. Ze stanowiska klinicznego musimy uważać zakażony uchyłek pęcherza za zamknięty ropień, do którego dostanie się w celu opróżnienia, czy to drogą naturalną, czy to drogą chirurgiczną, bywa bardzo trudne. Jak wyjątkowo dobre warunki istnieją w uchyłkach dla utrzymywania się zapalenia, dowodzi to, że opisywano przypadki, w których znaj-

dowano błonę śluzową pęcherza niezmienioną, a zapalenie ograniczało się wyłącznie do uchyłka; granice stanowił otwór komunikacyjny. Natężenie zapalenia może być różne, od lekkich zmian nieżytowych do daleko posuniętego zapalenia, przechodzącego z błony śluzowej na głębsze warstwy ściany uchyłka, tak że cała ściana jest zgrubiała i silnie zapalnie naciekła; w szczególnie ciężkich i zaniedbanych przypadkach może sprawa zapalna przejść na otoczenie pęcherza, na tkankę okołopęcherzową i na narządy miednicy małej, sąsiadujące z uchyłkiem; uchyłki takie mogą sposobem zwykłych ropni przebijać nawet do jamy otrzewnej i wywoływać miejscowe lub ogólne zapalenie otrzewnej.

Zakażenie z uchyłka może się rozszerzać na górne drogi moczowe, t. j. na moczowody, miedniczki nerkowe i nerki; zjawisko to spostrzega się zwykle po tej stronie, po której znajduje się uchyłek, a sprzyja mu często utrudniony odpływ moczu z miedniczki, spowodowany stosunkiem moczowodu do uchyłka. Wskutek zapalnego nacieku w otoczeniu uchyłka, bywa dolny koniec moczowodu niejako obmurowany przez tkankę zapalną, mającą tendencyę do bliznowatego kurczenia się, a ściana moczowodu przez to, jakoteż i przez to, iż i sama ulega naciekowi zapalnemu i następowemu zbliznowaceniu, traci na kurczliwości, przez co znowu cierpi odpływ moczu z nerki.

Z innych spraw, wikłających uchyłki pęcherza, opisano zwężenia cewki moczowej i przerost gruczołu krokowego. Uchyłek istniał w tych przypadkach jako sprawa wrodzona i dopóki nie było przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, chorzy ci nie odczuwali żadnych dolegliwości; dopiero w późniejszym wieku przyłączające się przeszkody w odpływie moczu zmusiły chorych do szukania porady lekarskiej.

Ostatnimi czasy Perthes, a dawniej Targett i Englisch opisali uchyłki prawdziwe, w których znajdowali nowotwory, i to zazwyczaj, jak i w przypadku Perthesa, uszypułowane brodawczaki. Brodawczaki te bywały tak duże, że wypełniały cały uchyłek. Z objawów wysuwają się wówczas na pierwszy plan obfite krwawienia. Hoffmann podaje przypadek, gdzie w uchyłku znaleziono podczas operacyi raka, Targett zaś znajdował oprócz brodawczaków nie złośliwych dwa razy raka, a raz mięsaka. W przypadku Hofmokla znajdowały się na dnie uchyłka liczne długie brodawkowate wyrośle.

Duże znaczenie dla uchyłków mają kamienie, stosunkowo często w nich spostrzegane. Englisch przyjmuje, że mogą one w dwojaki sposób powstawać; albo kamień uchyłka jest pierwotny, powstający na miejscu, a wtedy składa się z soli fosforanowych, albo dostaje się on do uchyłka następowo, a pochodzi z nerki i składa się wówczas z soli kwasu moczowego lub szczawianów. W jednym uchyłku znajduje się zwyczajnie jeden kamień, może ich jednak być i więcej, jak w przypadku van Dama, a co zresztą i dawniej spostrzegano. Jeżeli kamień jest nieruchomy, wypełnia cały uchyłek i niema zakażenia, to stanowi on względnie łagodne powikłanie; przy ruchomości może sprawiać duże cierpienia, charakterystyczne dla kamienia, a przy równoczesnem zakażeniu pogarsza znacznie rokowanie.

Niepowikłane przypadki uchyłka pęcherza nie potrzebują leczenia; przypadki takie rzadko się spotyka, gdyż chorzy, nie mając dolegliwości, nie szukają porady lekarskiej. Jeżeli zaś, badając chorego w innym kierunku, odkryje się obecność uchyłka w pęcherzu, to niema wskazania do żadnego zabiegu, a rokowanie u tych chorych, o ile dotyczy samego uchyłka, jest dobre.

Najczęstszą sprawą, która chorych z uchyłkiem sprowadza do lekarza, jest zupełne zatrzymanie moczu lub dolegliwości, spowodowane zakażeniem, które ogranicza się bądź do uchyłka i pęcherza, bądź też rozciąga się także na górne drogi moczowe, t. j. miedniczki i nerki. W przypadkach takich zadaniem naszem jest stworzyć jaknajrychlej warunki, wśród których powróciłby wolny odpływ moczu, gdyż, jak doświadczenie Englischa poucza, śmiertelność w tych warunkach wynosi 83·1%.

Najzwyklejszym zabiegiem, mającym na celu opróżnienie pęcherza z zalegającego moczu i oczyszczenie go z ropy, jest oprócz środków odkażających mocz, podanych wewnętrznie, cewnikowanie z dokładnem przepłukiwaniem pęcherza jakimś lekkim roztworem odkażającym n. p. kwasem borowym. Zabieg ten jednak, choćby bardzo gorliwie i dokładnie wykonywany, rzadko wiedzie do dobrego wyniku, gdyż prawie nigdy nie udaje się w ten sposob wyprowadzić wszystkiego moczu, zalegającego i rozkładającego się w uchyłku. Gdyby można zawsze dostać się cewnikiem do uchyłka, dotrzeć aż do jego dna, to mogłoby się to udać, ale wprowadzenie cewnika do uchyłka jest przy największej zręczności i użyciu różnych cewników niezawsze możliwe, a nawet z pewnością w większości przypadków niewykonalne. Cewnikowanie może mieć tylko racyę w przypadkach bardzo zaniedbanych, gdzie wskutek daleko posuniętej sprawy ropnej w uchyłku ucierpiał tak dalece ogólny stan chorego, że zabieg chirurgiczny może być dla chorego niebezpieczny, a i dla chirurga praca wśród bardzo septycznych warunków się nie uśmiecha. W innych warunkach cewnikowanie nie powinno być stosowane, gdyż nie wiedzie do celu.

Już większe znaczenie dla leczenia uchyłków pęcherza ma stałe sączkowanie (zdrenowanie) zakażonego uchyłka, jako zabieg zachowawczy względnie przygotowawczy. Właściwie należy go używać tylko jako przygotowawczego; jak tylko miejscowe stosunki się poprawią, t. j. uchyłek zmniejszy się nieco, a wydzielanie ropy stanie się również mniejsze, należy przystąpić do zabiegu doszczętnego. Nigdy nie należy się spodziewać, jak to Englisch myślał, ażeby przez założenie przetoki można zawsze sprowadzić zupełne zniknięcie uchyłka. Słusznie Cholzoff podnosi, że to jest możliwe przy uchyłkach wrzekomych nabytych; ale uchyłki prawdziwe, które po największej części są sprawą wrodzoną, mogą po założeniu przetoki co najwięcej zmniejszyć się, ale nigdy nie znikną.

Co do miejsca, w którem należy przetokę założyć, to zależy to od siedziby uchyłka; przy uchyłkach na przedniej lub bocznej ścianie pęcherza można założyć przetokę nadłonową, przy uchyłkach, wychodzących z tylnej ściany i leżących głęboko w miednicy małej, można założyć sączek przez cięcie na kroczu (boutonnière). Sączkowanie uchyłka u kobiet przez pochwę wydaje się nam drogą najmniej odpowiednią, jakkolwiek niektórzy autorowie zalecają ten sposób i przenoszą go nawet nad przetokę nadłonową (van Dam).

Lennander, Serralach i Ljunggren obrali za cel zabiegu chirurgicznego zniesienie przegrody pomiędzy pęcherzem, a uchyłkiem i stworzenie przez to jednej wielkiej jamy; Lennander chwytał przegrodę kleszczykami, przecinał i podwiązywał; Serralach wprost kilkakrotnie przeciął przegrodę, a Ljunggren stworzył anastomozę pomiędzy pęcherzem a uchyłkiem. Pierwszy z tych operowanych zginął, drugie dwa przypadki co do czynności nie wiele się poprawiły. Pagenstecher podnosi duże niebezpieczeństwo przy tej metodzie operowania, które wynika z nieznajomości stosunku otrzewnej, moczowodu i naczyń krwionośnych do przegrody; wszystkie te narządy mogą być przy tem operowaniu skaleczone; wyraża on zdanie, że ten sposób operowania nadaje się co najwyżej u dzieci i wyniszczonych starców, u których zabieg doszczętny jest stanowczo wykluczony. Hochenegg, nie mogąc w pewnym przypadku wyciąć uchyłka (przypadek opisany przez Hoffmana), naciął również przegrodę, lecz po kilku tygodniach wykonana cystoskopia stwierdziła, że przegroda znowu się zrosła, a wielkość otworu była taka, jak przed operacyą.

Pousson poleca dla uchyłków, mocno z otoczeniem zrostami połączonych, których wycięcie doszczętne jest technicznie bardzo trudne lub niemożliwe, nacięcie wzdłuż brzegu otworu komunikacyjnego i odświeżenie brzegów, a następnie zeszycie osobno uchyłka i osobno pęcherza. Van Dam bardzo się za tą metodą oświadcza, radzi tylko zeszywać pęcherz i uchyłek nie równolegle, lecz w dwóch kierunkach, krzyżujących się ze sobą, a następnie wszywać uchyłek w powłoki, ażeby go uczynić dostępnym dla następowego leczenia na wzór torbieli trzustkowych i t. p. Metoda ta wydaje się bardzo niedostateczną, a leczenie następowe bardzo długie i dla chorego uciążliwe.

Więcej szans powodzenia ma sposób, zastosowany w jednym przypadku przez Eiselsberga. Wypreparował on uchyłek zewnątrzpęcherzowo i nie otwierając wgłobił do pęcherza, a odświeżywszy nieco, w pasie komunikacyjnym zeszył szwami węzełkowymi. Chory ten umarł po trzech miesiącach w następstwie zapalenia nerek i miedniczek nerkowych; sekcya zwłok wykazała, że to proste zaszycie uchyłka doprowadziło do jego zniknięcia, uzyskano zatem co do samego uchyłka zupełne wyleczenie.

Najważniejszą jednak metodę operowania uchyłków pęcherza stanowi doszczętne usunięcie uchyłka. Z powyżej przytoczonych sposobów operowania można czasem w wyjątkowych przypadkach zrobić użytek, jednak za normalny i właściwy sposób operowania uchyłka należy uważać jego całkowite wycięcie. Poraz pierwszy wykonał doszczętne wycięcie uchyłka pęcherza Czerny w r. 1897. Przypadków takich opisano dotychczas dziewiętnaście, wliczając w to już także mój przypadek, który poniżej opiszę.

Uderzającą jest ta okoliczność, że na te dziewiętnaście przypadków, operowanych doszczętnie, tylko jeden zakończył się śmiercią (przypadek Riedla), co odpowiada 5·5% śmiertelności. Śmiertelność taka, jeżeli się uwzględni ciężkość tych przypadków, zazwyczaj powikłanych, i ciężkość samego zabiegu, wydaje

się bardzo nizką. Niewątpliwie odnieść to należy do doskonałej techniki operatorów, ale mimowoli nasuwa się sceptyczna myśl, że przypadki nieszczęśliwe niechętnie bywają ogłaszane, a przypuścić trzeba, że dzisiaj, w epoce cystoskopii, przypadki doszczętnego operowania uchyłków nie muszą należeć do nadzwyczajnych rzadkości.

Skoro rozpoznanie uchyłka jest pewne i skoro wystąpią groźne powikłania, jak zakażenie lub zatrzymanie moczu, nie należy długo zwlekać z zabiegiem doszczętnym, o ile tylko ogólny stan chorego na to pozwala. Jeżeli siły chorego są dobre, to choćby i sprawa zapalna była dużego nasilenia, lepiej zaraz operować doszczętnie, aniżeli uciekać się do wątpliwej wartości zabiegów przygotowawczych, gdyż doświadczenie pouczyło, że nietylko nie uzyskuje się polepszenia, lecz często następuje i pogorszenie sprawy zapalnej, a często także i miejscowe warunki dla zabiegu doszczętnego pogarszają się. Sprawa zapalna nie powinna właściwie nigdy stanowić przeciwwskazania, bo dopóki się nie usunie uchyłka, nie można liczyć na jej wyleczenie, natomiast operowane przypadki dowodzą, że zapalenie błony śluzowej pęcherza po operacyi szybko się poprawia.

Bardzo ważną sprawą jest wybór drogi, którą należy w danym przypadku obrać, ażeby stworzyć wygodny dostęp do uchyłka. Sprawę tę niełatwo rozstrzygnąć pomimo doświadczenia, zdobytego na tych dziewietnastu doszczętnie operowanych przypadkach, i pomimo najdokładniejszego określenia położenia uchyłka przed zabiegiem. Za idealną drogę należałoby uważać cięcie nadłonowe, a dalej operowanie zewnątrzotrzewne i zewnątrzpęcherzowe. Sposób ten możliwy jest zawsze przy uchyłkach na przedniej ścianie pęcherza, również dobrą jest ta droga dla uchyłków bocznych z ujściem moczowodu do uchyłka, jak tego dowodzi i mój przypadek. Ponieważ atoli w przypadku tym otwór komunikacyjny leżał bardzo nizko i z tyłu pęcherza, a ujście moczowodu znajdowało się na przejściu pęcherza w uchyłek, dowodziłby on także, że i dla uchyłków na tylnej ścianie pęcherza nadaje się cięcie nadłonowe. Jeżeli się preparuje we właściwej warstwie i dobrze odsunie ku górze otrzewnę, to uzyskuje się doskonały dostęp do otworu komunikacyjnego, choćby bardzo nizko i z tyłu leżącego, a dalsze losy operacyi zależne będą od dokładnego szwu pęcherza i dobrego osączkowania jamy pozapęcherzowej.

Drogi, jakiemi wycinano doszczętnie uchyłki pęcherza, przedstawiają się w następujący sposób:

I. Przez pochwę.
II. Przez resekcyę kości krzyżowej.
III. Przez cięcie nadłonowe.

Z cięcia nadłonowego operowano zaś:

a) wewnątrzotrzewnie (transperitoneal)
b) zewnątrzotrzewnie (extraperitoneal).

Przy operowaniu zewnątrzotrzewnem rozróżnić należy jeszcze trzy poddziały: 1) śródpęcherzowo (transvesical) 2) zewnątrz i wewnątrzpęcherzowo (extra i intravesical) i 3) zewnątrzpęcherzowo (extravesical).

Zanim przejdę do omówienia swojego przypadku i szczegółów operacyi, przytoczę w kilku słowach dotychczas operowane przypadki w ugrupowaniu, jakie nadałem im w powyższym schemacie.

I. Należy tutaj przypadek Péana, charakterystyczny tem, że dotyczy jedynej kobiety; zresztą wszystkie uchyłki operowano u mężczyzn. Péan operował z cięcia przez pochwę, poczem zaszył ranę na głucho i uzyskał zupełne wyleczenie.

II. Pagenstecher zajmuje również odosobnione stanowisko; w przypadku jego leżał duży uchyłek w okolicy ujścia lewego moczowodu, moczowód uchodził do uchyłka. Pagenstecher wykonał naprzód cięcie nadłonowe i osączkował uchyłek, a po uzyskaniu poprawy nieżytu błony śluzowej przystąpił do drugiego aktu operacyi. Ten drugi akt polegał na czasowej resekcyi kości krzyżowej, odsunięciu odbytnicy na prawo, wypreparowaniu uchyłka od tyłu, odcięciu uchyłka i moczowodu, a następnie wszczepieniu moczowodu w otwór pęcherza, powstały po wycięciu uchyłka; sączek, który służył do osączkowania pęcherza, a założony był jeszcze przy pierwszym zabiegu, pozostawiono, a tylną ranę wysączkowano. Gojenie było uporczywe, a po pół roku utrzymywała się jeszcze przetoka krzyżowa.

III. a. Należą tutaj przypadki Riedla, oraz przypadki Eiselsberga, ogłoszone przez Wagnera. Riedel operował dwuczasowo, naprzód wykonał kroczowe wycięcie sterczu (prostatectomia perinealis, excochleatio prostatae) i założył boutonnière, po kilku tygodniach wykonał z cięcia nadłonowego wycięcie uchyłka śródotrzewnie; zabieg trwał prawie trzy godziny, a chory zmarł na drugi dzień. — Eiselsberg operował jednoczasowo uchyłek na przedniej ścianie pęcherza; cięcie nadłonowe, przecięcie otrzewnej, tępe wypreparowanie uchyłka i wycięcie na zewnątrz pęcherza; pęcherz zeszył na głucho, ranę w powłokach wysetonował, a przez cewkę założył cewnik na stałe. Mała przetoka nadłonowa zagoiła się po $10^{1}/_{2}$ tygodniach, a chory wolny od dolegliwości opuścił klinikę.

III. b. 1. Van Dam opisuje przypadek dużego uchyłka na tylnej ścianie pęcherza, który wyciął z cięcia nadłonowego śródpęcherzowo. Uchyłek dał się łatwo wgłobić kleszczykami Museuxa do wnętrza pęcherza i po nacięciu na tępo wypreparować i odciąć. Van Dam zaszył następnie otwór na tylnej ścianie pęcherza, przednią ścianę pęcherza również zaszył, a wreszcie zaszył powłoki na głucho; pozostawił jedynie tylko cewnik na stałe. Pomimo zakażenia błony śluzowej uchyłka i pomimo że nie osączkowano jamy, pozostałej na uchyłku, gojenie nastąpiło doraźnie, a operowany był po 20 dniach zupełnie zdrów. Metoda ta, jakkolwiek dała tak dobry wynik, nie jest pozbawiona poważnego niebezpieczeństwa; naprzód przy wyciąganiu kleszczykami uchyłka do wnętrza pęcherza można łatwo skaleczyć narządy, z uchyłkiem zrośnięte, jak naczynia krwionośne, kiszkę, moczowód; powtóre tylko jeżeli błona śluzowa pęcherza i uchyłka jest nie zakażona, możnaby się zgodzić na zaszycie powłok na głucho; zresztą sączkowanie rany jest wskazane.

Yong operował także w ten sam sposób mały uchyłek na bocznej lewej ścianie pęcherza, tylko sączkował jamę pooperacyjną przez krocze i uzyskał również wyleczenie.

III. b. 2. Do grupy tej należą przypadki, operowane przez Czernego, Yonga, Zaaijera, Pertesa, Ebertsa, Laura. W przypadku Czernego chodziło o uchyłek w okolicy ujścia lewego moczowodu; moczowód uchodził do uchyłka. Czerny operował dwuczasowo, naprzód osączkował pęcherz przez przetokę nadłonową, a po czterech tygodniach wyciął uchyłek, operując tą samą drogą wewnątrz i zewnątrzpęcherzowo, a moczowód wszczepił do pęcherza w miejscu wycięcia uchyłka; uzyskał wyleczenie. Yong operował jednoczasowo uchyłek na przedniej ścianie pęcherza tą samą skombinowaną metodą zewnątrz i wewnątrzpęcherzową, a ponieważ nie było zakażenia błony śluzowej, zaszył na głucho i uzyskał szybkie wyleczenie.

III. b. 3. Do tej grupy należą przypadki, operowane z cięcia nadłonowego, zaotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo. W ten sposób operowali Yong, Brongersma, Kreus, Lerche i Wulff, sączkując pęcherz i setonując ranę. Czterej pierwsi operowali jednoczasowo. Lerche w swoim przypadku zrobił cięcie nadłonowe, operował jednoczasowo, zaotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i wszczepił w ścianę pęcherza lewy moczowód, uchodzący do uchyłka. Przypadek Wulffa tem się różni od poprzednich, że cięcie skórne przebiegało równolegle do przebiegu prawego więzadła Pouparta, a operacya odbyła się dwuczasowo, w trzy tygodnie po założeniu przetoki pęcherzowej.

Do tej grupy zalicza się także i mój przypadek, który operowałem na oddziale IV w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

Piotr Iwan Ł., szeregowiec, jeniec rosyjski, wzięty do niewoli 8. XII. 1914 r., pochodzący z Żołtikowa, gubernia Władymirska, przyjęty na oddział 8. X. 1917.

Wywiady: Chory liczy obecnie lat 30. O przebytych chorobach wieku dziecięcego nie umie nic podać. W r. 1905 przebył dur brzuszny. Do roku 1909 nie odczuwał żadnych dolegliwości ze strony narządu moczowego; w tymże roku rozpoczęły się dolegliwości, które na tem polegały, że chory zmuszony był podczas dnia częściej mocz oddawać, aniżeli dawniej. W r. 1915. zachorował na ropny wypływ z cewki moczowej, który trwał krótko, około tygodnia, a gdy ustąpił, pojawiły się dolegliwości ze strony pęcherza, które do dnia dzisiejszego się utrzymują; wówczas podczas owego ropnego wypływu z cewki moczowej miało dojść do zatrzymania moczu i w celu wypuszczenia moczu założono jednorazowo cewnik gumowy. Obecnie dolegliwości polegają na częstszem parciu na mocz, dwa do trzech razy na godzinę, tak w dzień, jak i w nocy. Podczas oddawania moczu doznaje chory silnego pieczenia w cewce moczowej, mocz odchodzi zawsze w małych ilościach, ale łatwo.

Stan obecny: Osobnik dobrze rozwinięty i dobrze odżywiony; skóra i błony śluzowe nieco bledsze. Oglądaniem nie stwierdza się na narządzie moczowym nic nieprawidłowego.

Badanie zgłębnikiem metalowym wykazuje mały beleczkowaty pęcherz; jeżeli się dziób zgłębnika skręci na prawo (90^{0}) i popchnie ku górze, daje się zgłębnik z łatwością wprowadzić do jakiejś wolnej przestrzeni, poczem wydobywa się około 300 cm^3 mętnego cuchnącego moczu. Po wstrzyknięciu do pęcherza 400 cm^3

płynu wyczuwa się ponad spojeniem łonowem i na prawo od linii środkowej miękki guz, wielkości średniej pięści, który znika po wypuszczeniu wstrzykniętego do pęcherza płynu. Badanie przez odbytnicę, tak przy wypełnionym, jakoteż przy opróżnionym pęcherzu, nie wykazuje nic nieprawidłowego; także i badaniem dwuręcznem, równocześnie przez odbytnicę i powłoki brzuszne, nic szczególnego nie stwierdza się. Przy ucisku od zewnątrz na pęcherz odczuwa chory ból i doznaje uczucia parcia na mocz. Zresztą jest całe podbrzusze tkliwe na ucisk, szczególniej po prawej stronie. Gruczoł krokowy prawidłowych rozmiarów.

Poza dolegliwościami w oddawaniu moczu czuje się chory podmiotowo dobrze, ma dobry apetyt i sen; jednakowoż co pewien nieokreślony czas dostaje nagle dreszczu, podwyższenia ciepłoty ciała powyżej 39° C i uczucia ogólnego rozłamania. Po dokładnem przepłukaniu pęcherza i zażywaniu urotropiny z salolem objawy te po paru dniach znikają.

Badanie moczu: Mocz jest miernie mętny, kwaśny, z małą ilością białka, o wyraźnej woni siarkowodoru. Badanie bakteryologiczne wykazuje bogatą florę ziarenkowców i laseczników. W osadzie znajduje się minimalna ilość ropy.

Dnia 8. XI. 1917. wykonano pierwszą cystoskopię przy wypełnieniu pęcherza 200 cm³ płynu. Cystoskopia ta wykazuje: Błona śluzowa pęcherza równomiernie szaro-czerwono zabarwiona i pomarszczona. Obrysy wszystkich naczyń zatarte. Zmiany te dotyczą równomiernie całej błony śluzowej, a także szyi pęcherza i okolicy ujść obu moczowodów; moczowodów tych jednak nie widać z powodu obrzęku i pofałdowania błony śluzowej. Na prawej bocznej ścianie, mniejwięcej w połowie i nieco ku dołowi, widać czarny otwór, wielkości korony, którego brzeg jest promienisto pofałdowany; brzeg ten od czasu do czasu widocznie zwęża się i rozszerza. Przez otwór ten można wsunąć cystoskop do przestrzeni, wielkości średniej pomarańczy, o gładkich ścianach; ściany te są jednostajnie żywo-czerwono zabarwione. Obrysów naczyń nigdzie nie widać.

D. 18. XI. 1917. wykonano powtórną cystoskopię przy wypełnieniu pęcherza 500 cm³ płynu. (Przez 10 dni pobierał chory urotropinę z salolem i miał codziennie dwa razy przepłukiwany pęcherz). Błona śluzowa mniej zaczerwieniona, aniżeli podczas pierwszej cystoskopii, a drobne tętniczki zarysowują się tu i owdzie całkiem wyraźnie; to zmniejszenie się obrzęku błony śluzowej pęcherza jest następstwem codziennych przepłukiwań. W następstwie tego dużego wypełnienia płynem przedstawia się błona śluzowa nie tak pofałdowaną, jak przy poprzedniej cystoskopii. Ujść moczowodów i dziś jeszcze stwierdzić nie można. Otwór do uchyłka przedstawia się dzisiaj, jak poprzednio. Po przejściu otworu i dostaniu się do uchyłka stwierdzić można, że błona śluzowa uchyłka jest o wiele czerwieńsza, aniżeli błona śluzowa pęcherza. Pęcherz sprawia wrażenie pęcherza o wiele mniejszego, aniżeli to prawidłowo bywa; uchyłek sam przewyższa pęcherz pod względem wielkości co najmniej dwa razy. Wejście do uchyłka jest bardzo łatwe, należy tylko dziób cystoskopu lekko na prawo skręcić, a następnie popchnąć ku przodowi.

10. XII. 1917. III Cystoskopia. Wstrzyknięto indigo-karmin. Wypełnienie pęcherza 300 cm³ płynu. Błona śluzowa pęcherza i uchyłka okazuje się nieco więcej zaczerwienioną, aniżeli przy ostatniej cystoskopii. Ujście lewego moczowodu dało się łatwo znaleść, a po 15 minutach wydzielał się z niego barwik miernie obficie. Ujścia moczowodu prawego nie można było znaleść. Nie jest wykluczone, że uchodzi on do uchyłka. Mocz, wypuszczony z pęcherza cewnikiem po 20 minutach, okazywał wyraźnie niebieskie zabarwienie.

2. II. 1918. Przez cały czas dotychczasowej obserwacyi, zażywa chory urotropinę z salolem, dwa razy na dzień przepłukuje mu się pęcherz, a właściwie uchyłek, gdyż z łatwością zawsze do uchyłka dostać się można; przepłukiwanie odbywa się wyjałowionym rozczynem kwasu borowego i lapisem 1‰. Ogólny stan chorego znakomicie się poprawił, chory przytył znacznie, jednakowoż dolegliwości moczowe utrzymują się jak poprzednio. Od pięciu dni zaczął chory gorączkować do 38·5° C, skarży się na ogólne rozłamanie, brak apetytu, pragnienie, ból głowy, ból brzucha, szczególnie po prawej stonie. Dolegliwości moczowe zaostrzyły się. W prawem podżebrzu wystąpił łatwo wyczuwalny, a bardzo bolesny guz, odpowiadający prawej nerce. Biegunka.

7. II. 1918. Biegunka ustała. Również ustąpiły boleści brzucha i zaostrzenie dolegliwości moczowych. Guz w podżebrzu prawem znakomicie zmalał i stał się przy dotyku znacznie mniej bolesnym. Ciepłota spadła do poziomu prawidłowego.

Wobec tego, że miejscowe objawy w pęcherzu, pomimo codziennego przepłukiwania i zażywanych środków odkażających mocz nie ustępowały, a nawet wystąpiły objawy zaostrzenia sprawy zapalnej i objawy zapalnego zajęcia prawej miedniczki nerkowej, postanowiłem dłużej nie zwlekać, lecz przystąpić do operacyi.

Dnia 12. II. 1918. wykonałem operacyę. Uśpienie eterowe, po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny. Przed rozpoczęciem operacyi założono cewnik gumowy, przepłukano pęcherz i wypełniono go 200 cm³ kwasu borowego. Cewnik pozostawiono i zamknięto go kleszczykami. Cięcie w linii środkowej brzucha, 5 cm. poniżej pępka do spojenia łonowego. Po odsłonięciu pęcherza okazało się, że ściana jego jest niezwykle gruba, a pojedyncze wiązki mięsne silnie się zarysowały. Następnie odpreparowano otrzewnę, pokrywającą pęcherz na górnej i tylnej ścianie, przyczem stwierdzono, że od szczytu pęcherza ciągnął się ku górze twór walcowaty, grubości małego palca, długości 6 cm; twór ten, który mógł być tylko niezanikłym moczownikiem, obcięto, a miejsce po jego odcięciu obszyto katgutem. Po odsunięciu otrzewnej z tylnej ściany pęcherza wyłonił się uchyłek, który wielkością przewyższał znacznie rozmiary samego pęcherza i wypełniał całą zatokę Douglasa po stronie prawej. Otrzewna dała się dosyć łatwo oddzielić od przedniej ściany uchyłka. Wypreparowując na tępo uchyłek od góry i spodu, zauważono, że tkanki w miednicy małej, z nim sąsiadujące, są zapalnie naciekłe; większych trudności jednakowoż przy odpreparowaniu uchyłka nie było. Uchyłek wypreparowano w całości aż do miejsca połączenia z pęcherzem; połączenie to znajdowało się na tylnej i prawej ścianie pęcherza. Moczowód grubości małego palca, przebiegał na przestrzeni kilku centymetrow na ścianie uchyłka i uchodził do pęcherza na granicy łączącej go z uchyłkiem. Miejsce to wyczuwało się, jako wyraźnie zgrubiałe, od silnie zaznaczonych mięśni i zapalnie naciekłe; wypreparowanie tego miejsca od otaczających tkanek przedstawiało trudności z powodu silniejszych zlepów i zrostów. (W tych zrostach i zbliznowaceniu całej tej okolicy, gdzie moczowód uchodził do pęcherza, należy upatrywać przyczyny w utrudnieniu odpływu moczu z moczowodu do pęcherza). Moczowód tuż przy ujściu do kanału komunikacyjnego przecięto, następnie założono dwoje zakrzywionych kleszczyków (pinces) na część komunikacyjną i uchyłek pomiędzy kleszczykami odcięto. Koniec moczowodu wynicowano, przecinając go w dwóch miejscach i przyszywając powstałe stąd płatki szwami katgutowymi. Następnie zeszyto otwór w pęcherzu dwoma piętrami szwów katgutowych, a w górną część tego otworu wszczepiono moczowód. W jamę powstałą po wypreparowaniu uchyłka założono sączki; również i do przestrzeni Retziusa założono sączek i dren. Zresztą powłoki brzuszne zeszyto, zostawiając tylko miejsce dla przejścia sączków. Cewnik na stałe.

Przebieg pooperacyjny był dobry; wprawdzie drugiego dnia po operacyi wieczór, wzniosła się ciepłota ciała do 39·2° C, jednakowoż czwartego dnia opadła już całkowicie do stanu prawidłowego. Piątego dnia po operacyi zmieniono sączki, które okazały się nieco moczem przesiąknięte. Pod koniec trzeciego tygodnia wystąpiło ostre zapalenie prawego najądrza z podwyższeniem ciepłoty do 39·8° C, które po dziewięciu dniach ustąpiło bez śladu. Po 43 dniach zagoiła się całkowicie rana w powłokach brzusznych i w tym dniu, t. j. 27. III. 1918. usunięto cewnik.

Badanie, wykonane w dniu 7. IV. 1918, wykazuje: Rana pooperacyjna zupełnie zagojona. Chory oddaje mocz samoistnie w normalnych odstępach czasu i bez wszelkich dolegliwości. Mocz jest prawie przeźroczysty ze śladzikiem białka. Cystoskopia, wykonana przy wypełnieniu pęcherza 200 cm³ płynu, stwierdza: Błona śluzowa pęcherza jasna, gładka, nieco więcej nastrzykana; obrysy nawet najmniejszych naczyń tętniczych wyraźne. Ujście lewego moczowodu w prawidłowem położeniu i o prawidłowym wyglądzie. Na bocznej prawej ścianie pęcherza podługowata, lekko wciągnięta blizna; w górnym brzegu tej blizny znajduje się pagórkowate wzniesienie, a na szczycie tego wzgórka widać okrągły, ziejący otwór; z tego otworu wydobywa się okresowo strumień czystego moczu.

Badanie anatomiczne wyciętego uchyłka, wykonane przez prof. Glińskiego: Uchyłek kształtu prawie kulistego, lekko tylko przypłaszczony o następujących wymiarach: długość 8 cm, szerokość 7·5 cm, głębokość 5·3 cm. Otwór, za pośrednictwem którego uchyłek komunikował z pęcherzem, jest okrągły około 2·5 cm średnicy, obrębiony miejscami lekko nazewnątrz wywiniętą błoną śluzową. Zgrubienia ściany w brzegach otworu nie zauważa się. Wnętrze uchyłka jest wysłane błoną śluzową, która

jest lekko pofałdowana, jakby guzkowata, biało zabarwiona; miejscami jest ona więcej wygładzona i zabarwiona blado-żółtawo-brunatnawo. Grubość ściany uchyłka wynosi 3—5 mm.

Po ustaleniu uchyłka wycięto do badania drobnowidowego dwa kawałki: jeden z brzegu otworu komunikacyjnego z pęcherzem (około 1 cm długi), drugi z pogranicza ściany bocznej i dna uchyłka (około 2 cm długi.)

Badanie drobnowidowe obydwu tych wycinków stwierdziło co następuje:

I. Wycinek z brzegu otworu:

Powierzchnia wycinka jest pokryta wielowarstwowym nabłonkiem, wogóle o prawidłowem wejrzeniu, tylko dość silnie naszpikowanym leukocytami wielojądrzastymi. Grubość nabłonka jest dość równomierna, powierzchnia pofałdowana.

Pod nabłonkiem nierównomiernie gruby pokład wogóle dość wiotkiej tkanki łącznej, tworzącej liczne brodawki; tkanka ta jest dość silnie obrzękła; naczynia w niej porozszerzane, nierównomiernie dość silnie drobno-komórkowo naciekłe z dość znaczną domieszką leukocytów wielojądrzastych. Nacieki te są już to usadowione tylko około naczyń, luźne, już też tworzą rozległe zbitsze pokłady.

Na zewnątrz od błony śluzowej i podśluzowej cienki pokład podłużnie przeciętych włókien mięśni gładkich; pokład ten jest dość jednolity, grubieje nieco w kierunku ku uchyłkowi; wśród niego zauważa się tylko bardzo nieliczne poprzecznie przecięte pasma mięsne; gdzieniegdzie tylko nieco rozleglejsze przerwy pomiędzy mięśniami, utworzone przez tkankę włóknistą; w tkance śródmięśniowej nieznaczne drobne nacieki drobno-okrągłokomórkowe.

Jeszcze bardziej ku zewnątrz od tej podłużnej warstwy mięsnej znajduje się stosunkowo najgrubsza warstwa, składająca się głównie z grubych belek zbitej tkanki włóknistej, ułożonych przeważnie równolegle do powierzchni uchyłka. Wśród tej tkanki łącznej znajdują się dość skąpe, lecz nierównomiernie rozmieszczone, częściowo bardzo szczupłe, jakby zanikające, częściowo dobrze rozwinięte, przecięte już to podłużnie już poprzecznie pęczki mięśni gładkich. Pęczki te znajdują się głównie w środkowej części tej warstwy, miejscami jednak podchodzą aż w obręb jej części obwodowych. Głównie, również w obwodowych częściach tej grubej warstwy zauważa się mniejsze i większe gniazdka tkanki tłuszczowej. W całej tej grubej warstwie naczynia są przeważnie porozszerzane. Około naczyń, zrzadka tylko po za niemi, dość obfite, sięgające aż do samego obwodu uchyłka nacieki drobno-okrągło-komórkowe z dość znaczną domieszką komórek plasmatycznych i z nielicznymi leukocytami wielojądrzastymi.

II. Wycinek z bocznej ściany uchyłka:

Budowa tutaj jest zasadniczo takasama, jak w wycinku pierwszym. W nabłonku powierzchniowym leukocyty są nieco skąpsze, niż tam, natomiast nabłonek ten jest miejscami — zwłaszcza tuż pod powierzchnią — jakby napęczniały, obrzękły, rozpływający się. Właściwa błona śluzowa (mucosa propria) tworzy tutaj także wyraźne brodawki, lecz błona ta, jak również i błona podśluzowa, są tutaj bardzo słabo rozwinięte, przytem silnie drobno-komórkowo naciekłe. Pokład tkanki łącznej jest tutaj miejscami tak skąpy, że włókna mięsne podchodzą gdzieniegdzie prawie pod sam nabłonek. Warstwa mięsna wewnętrzna (podłużna) jest tutaj nieco silniej rozwinięta, niż w wycinku pierwszym. W leżącej od niej na zewnątrz — głównie zbitej włóknistej warstwie — są mięśnie gładkie stosunkowo silnie rozwinięte i mniej zmienione, niż w wycinku pierwszym; tworzą one nierównomiernie, miejscami dość obficie rozmieszczone, pooddzielane od siebie tkanką włóknistą, przeważnie poprzecznie poprzecinane pęczki mięsne. Gdzieniegdzie na zewnątrz od nich dają się wyróżnić cienkie pokłady podłużnie przeciętych włókien mięsnych, które zdają się odpowiadać pozostałościom podłużnej warstwy zewnętrznej. W całej ścianie uchyłka i tutaj zauważa się sięgające aż do samego obwodu okołonaczyniowe nacieki drobnokomórkowe. Naczynia w wielu miejscach są porozszerzane; tu i owdzie widoczne są szerokie szczeliny limfatyczne.

Zrąb sprężysty wogóle silniej rozwinięty, niż w warunkach prawidłowych (w obydwu wycinkach). Zwłaszcza silny rozwój zrębu sprężystego zauważa się w obrębie i na miejscu warstw

mięsnych, i to nawet nieco silniej w warstwach głębszych, niż w obwodowych, przyczem najliczniej znajdują się elementa sprężyste pomiędzy i w otoczeniu zanikających pęczków mięsnych.

Jak zatem z opisu anatomicznego widać, chodziło w powyższym przypadku o prawdziwy uchyłek pęcherza moczowego. Dowodzi tego obecność w ścianie uchyłka wszystkich warstw ściany pęcherza, a przedewszystkiem warstw mięsnych i to tak okrężnej, jak i podłużnej.

Za wrodzoną przyrodą tego uchyłka przemawia kilka szczegółów, i tak naprzód, że występował pojedynczo; wprawdzie znane są przypadki mnogich wrodzonych uchyłków pęcherza moczowego, jednak należą one do rzadkości, a z reguły uchyłek wrodzony bywa pojedynczy. Dalej za tą samą przyrodą przemawia siedziba uchyłka; uchyłki wrodzone ze szczególnem upodobaniem sadowią się w okolicy ujść moczowodów. Dalszym bardzo ważnym dowodem, że uchyłek był wrodzonym, jest obecność na szczycie pęcherza resztek i to wcale pokaźnych moczownika, gdyż wiadomą jest rzeczą, że zboczenia wrodzone u danego osobnika bywają nierzadko wielorakie. Wreszcie brak wszelkich podstaw do przyjęcia, że uchyłek ten mógłby powstać w życiu pozapłodowem, przemawia również za wadą rozwojową; w przypadku tym nie było żadnych przeszkód w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, nie było żadnej sprawy nerwowej ośrodkowej, którąby wywoływała wzmożone parcie śródpęcherzowe, nie było drobnych a licznych wypukleń błony śluzowej pomiędzy beleczkami mięsnemi pęcherza, któreby za wzmożonem ciśnieniem śródpęcherzowem przemawiały.

Objawy podmiotowe, jakie chory w wywiadach podał, nie miały nic znamiennego dla uchyłka; najważniejszy z nich, objaw dwuczasowego moczenia, całkiem u chorego nie istniał. Inne objawy, jak pieczenie w cewce i częste oddawanie moczu, mogły zaledwie przemawiać za stanem zapalnym błony śluzowej pęcherza. Wystąpiły one dopiero w r. 1915, bezpośrednio po ropnem zapaleniu cewki (prawdopodobnie tryprowem) i potwierdziły znany już zresztą fakt, że wrodzone, a niezakażone uchyłki dolegliwości nie sprawiają, a dopiero przyłączająca się sprawa zapalna z towarzyszącemi jej dolegliwościami wiedzie do odkrycia uchyłka.

Z objawów przedmiotowych tylko jedno badanie zgłębnikiem metalowym rzucało pewne światło na przyrodę cierpienia i dozwalało przypuszczać uchyłek; ten mianowicie fakt, że przy skręceniu dzióba zgłębnika na prawo i popchnięciu ku przodowi, dawał się zgłębnik głęboko wprowadzić, a następnie wydobywała się jeszcze pewna ilość moczu. Inne objawy fizyczne, dawniej tak wysoko cenione w rozpoznawaniu uchyłka pęcherza, zupełnie w tym przypadku zawiodły.

(Dokończenie nastąpi).

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

wodordzenie, hydrorrhachis.
przegrasiczenie, hyperthymisatio.
niedograsiczenie, hypothymisatio.
gorączka szczepienna, Impffieber.
niwecznik, Immunkörper.
strop gardła, nadgardle, epipharynx.
ciałko przytarczyczne, Epithelkörperchen, gland. parathyreoidea.
bodziec twórczy, wzrostowy, Wachstumsreiz.
przedziedziczyć, vererben.
usamczyć, vermännlichen.
usamiczyć, verweiblichen.
ześluzowacenie, Schleimmetamorphose.
przezakażenie, Ver(durch)seuchung.
właściwy komórce, zelleigen.
gruczoł płciowy, Pubertätsdrüse. 5.

Czy w czasie obecnej wojny występują częściej przypadki raka?

Kwestya, w ostatnim czasie poruszona, a bardzo doniosła, nie tylko pod względem praktycznym, ale nie mniej i naukowym. Chciałbym ją postawić na porządek obrad przyszłego naszego Zjazdu chirurgów, a tylko praca zbiorowa ją rozstrzygnąć może, i to praca zbiorowa najszerszych kół lekarskich. Dla tego upraszam wszystkich Kolegów praktykujących, ażeby zechcieli zebrać swoje spostrzeżenia i choćby w najkrótszych notatkach mi nadesłać. Mogłoby się zdawać, wychodząc z zapatrywania dziś ogólnie przyjętego, iż rak pojawia się częściej u ludzi obficie mięsa używających, że obecnie podczas tej wojny przy zmniejszonem zużywaniu mięsa rzadziej pojawiać się będzie. Zwrócić należy jednak uwagę, że zauważano — zdaje się niewątpliwie — właśnie w tej wojnie, iż ludzie po 40. roku życia nadzwyczaj szybko starzeją, a to znowu usposabiałoby do częstszego występowania raka.

L. Rydygier.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Starania lekarzy pomocniczych krajowego Szpitala św. Łazarza o poprawę bytu odniosły w pewnej mierze skutek, wobec czego grożące szpitalowi ustąpienie lekarzy zostało zażegnane. Przesilenie zaostrzyło się było do ostateczności wskutek oporu Wydziału krajowego; dopiero wyjazd delegatów prymaryuszy do Lwowa i interwencya Marszałka krajowego rzecz wyrównały. Na wypadek ustąpienia mieli lekarze pozostawić dla opieki nad chorymi trzech kolegów, jako dyżurnych.

Lwów. Rektorem Uniwersytetu został wybrany Dr Antoni Jurasz, profesor laryngologii i otyatryi.

Warszawa. Rząd polski przeznaczył około 10 milionów marek do rozporządzenia Ministerstwa zdrowia i opieki społecznej na ratowanie dzieci, zagrożonych przez głód i epidemie. (Gaz. lek. 24).

— Dziekanem Wydziału lekarskiego wybrany został prof. Dr W. Mazurkiewicz, delegatem do Senatu prof. Dr K. Rzętkowski.

Zmarli: Dr Anna Tomaszewicz-Dobrska, pierwsza lekarka polska, w 62 r. ż. w Warszawie, gdzie praktykowała od r. 1881.

Redakcya otrzymała: Prof. Dr Syllaba: Nauka o lékařském poklepu a poslechu. Dil prvy: Nauka o poklepu. Praga 1918. (Bursik & Kohout). Stron 478 z 180 rycinami. — J. Jaworski: Prof. Dr Antoni Noga-Mars. Wspomnienie pozgonne. (Gaz. lek.). — Popielski: β-imidazolyletylamina i wyciągi z narządów. (Akad. Umiej. 1917).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Zur Zahl: 7433/BH. ex 1918.

Konkursausschreibung.

Im bosn. herc. Landesdienste kommen einige Amtsärztinnenstellen der IX. Diätenklasse (Anfangsgehalt 2.800 K Zulage 960 K nebst angemessener Teuerungszulage für die Dauer der gegenwärtigen abnormen Verhältniss) zur Besetzung.

Bewerberinnen um diese Stelle haben ihre Gesuche (entweder direkt oder, falls sie angestellt sind, im Wege der bezüglichen Anstalt) an die Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina in Sarajevo zu richten.

Die Gesuche sind mit folgenden Nachweisen zu belegen:

1. über die b. h. Landesangehörigkeit, bezw. die öster. oder ung. Staatsbürgerschaft (Geburtsschein, Heimatschein);
2. über den an einer Universität in Oesterreich oder Ungarn erlangten Grad eines Doktors der gesamten Heilkunde (Originaldiplom oder legaliesirte Abschrift);
4. über die nach Erlangung des Doktorgrades in einem öffentlichen Krankenhause vollstreckte wenigstens zweijährige Verwendung (Verwendungszeugniss);
4. über die physische Diensttauglichkeit (amtsärztliches Zeugnis);
5. über die Kenntnis der serbocroatischen oder einer slavischen Sprache (Zeugniss); eventuell die bindende Erklärung, die serbo-kroatische Sprache binnen Jahresfrist zu erlernen.

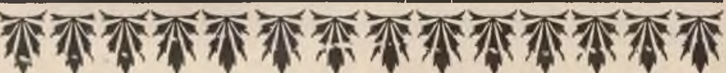
Die an die Landesregierung direkt gerichteten Gesuche sind mit bosn. herc. Stempel zu versehen (Gesuch 1 Krone, Beilage je 20 h per Bogen); oder es ist der entfallende Betrag beizuschliessen.

Gesuche, welche im Wege einer öster. oder ung. Behörde überreicht werden, sind ebenso wie deren Beilagen nach der in Oesterreich bezw. in Ungarn Gebührenvorschrift zu stempeln. 247

Landesregierung für Bosnien und Hercegovina.







Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 26. Kraków, 29. czerwca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 29. czerwca 1918. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kilka słów o uproszczonych metodach orbitoplastyki i fornikoplastyki.

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rany postrzałowe oka, pochodzące czy to od kul karabinowych, czy to od odłamków pocisków armatnich, wiodą w większości przypadków nietylko do zupełnego zniszczenia gałki ocznej przez rozdarcie i poszarpanie jej powłok i następowe zakażenie i zropienie szczątków, ale równocześnie druzgocą kostne ściany i rozdzierają miękkie części oczodołu, rozrywając zarazem i kalecząc powieki. Nawet i bez tych bezpośrednich uszkodzeń samego oczodołu, już zranienia skóry i głębszych części policzka, skroni, nosa, czoła, sprowadzają przez działanie kurczących się blizn bardzo nieraz znaczne zniekształcenia w zakresie powiek, a nieraz i zmiany w anatomicznych stosunkach jamy oczodołowej.

Wiadomo, że po prawidłowem wyłuszczeniu gałki ocznej w przypadkach, gdzie zranienie lub innego rodzaju uszkodzenie odnosiło się do samego tylko oka, a nie dotyczyło części otaczających, założenie protezy w postaci szklanego oka sztucznego, dobranego, względnie dorobionego wedle wzoru, jaki przedstawia oko drugie, ocalone, nietylko nie sprawia większych trudności, ale zazwyczaj daje wcale korzystny wynik kosmetyczny. W wielu razach proteza sprawia silne złudzenie oka żywego, zwłaszcza, jeżeli dzięki odpowiedniemu podkładowi posiada jaką taką ruchomość.

Bez porównania trudniej przedstawia się sprawa, gdy chodzi o zastąpienie protezą oka, rozszarpanego kulą, która równocześnie porobiła znaczne spustoszenia w oczodole i częściach przylegających. Szczątki takiego oka, zropiałe czy też już przygojone, muszą być operacyjnie usunięte, ale mimo tego włożenie dobrej protezy nastręcza nieraz niezmierne trudności. Jama, jaka w ten sposób powstaje, może być dla oka sztucznego albo za obszerna, albo też za ciasna, i to niekoniecznie jednako we wszystkich kierunkach. Zdarza się n. p., że proteza pod górną powieką wpada zbyt głęboko, a z poza dolnej wysuwa się z powodu zbyt płytkiego załamka. Czasem istnieją nieprawidłowe komunikacye, duże otwory łączące oczodół z jamami sąsiedniemi, n. p. z jamą nosa. Rozmaitość zmian i zniekształceń jamy oczodołowej, wywołanych przez rany postrzałowe, jest tak wielka, że prawie trudno znaleść dwa zupełnie jednakie przypadki, niełatwo również ustalić typy i potworzyć określone kategorye tych zboczeń, a tem trudniej podać jakiekolwiek ogólnie dające się zastosować zabiegi operacyjne w celu ich usunięcia. Tu prawie zawsze operator musi improwizować, a przynajmniej dla każdego przypadku obmyśleć osobny plan operacyjny.

Stosunkowo często jednak, a zwłaszcza po zranieniach zanieczyszczonych z następowem rozległem zakażeniem ropnem, kurczące się blizny doprowadzają do zupełnego zarośnięcia oczodołu (obliteratio orbitae). Wtedy powieki, mniej lub więcej utrzymane, co również zależy od przypadku, stykają się brzegami i przykrywają sobą zbitą tkankę bliznowatą, tak, że wogóle nie istnieje żadna wolna przestrzeń. Wytworzenie operacyjne nowej jamy oczodołowej, dogodnej dla włożenia protezy ocznej, chociaż na pozór wydawać się może zabiegiem prostym, należy jednak do najtrudniejszych, a zarazem do najniewdzięczniejszych zadań chirurgii okulistycznej. To też niejeden przypadek zarośnięcia oczodołu stanowi — bez przesady — prawdziwy »crux chirurgorum«, a to tem bardziej, że chorym z reguły bardzo zależy na możności noszenia oka sztucznego i czują się nieszczęśliwi, gdy ich w tym względzie raz poraz zawód spotyka. Wiadomo, że po wszelakich głębokich nacięciach, po wycięciu blizn i po wytworzeniu tym sposobem dużej nawet jamy oczodołowej gwałtowne bujanie tkanki ziarninowej z jednej strony, a z drugiej kurczenie się nowotworzących się blizn wypełnia, zacieśnia tę jamę i doprowadza ją wreszcie do ponownego, całkowitego zarośnięcia. Tej skłonności do powtórnego zarastania przeciwdziałamy, wyścielając świeżo wytworzoną jamę, po zatamowaniu krwawienia, już to błoną śluzową zwierzęcą albo ludzką, z tego samego lub z innego chorego, o ile takim materyałem rozporządzamy, już to skórą w postaci płatów uszypułowanych, wziętych z sąsiedztwa, albo przeprzeszczepionych bez szypuły, albo wreszcie płatkami Thierscha.

Nie mam zamiaru przytaczać ani opisywać przeróżnych metod operacyjnych, jakich się używa celem uskutecznienia takiej plastyki oczodołowej. To tylko chcę podnieść, że wogóle takie przeszczepianie i wszywanie błony śluzowej, branej z worka spojówkowego, z ust, z pochwy, jak również wyścielanie skórą wnętrza oczodołu, jest zawsze zabiegiem bardzo mozolnym, a w dodatku wyściółka taka nie w każdym przypadku zapobiega ponownemu zarośnięciu oczodołu. Tkanka bliznowata, kurcząca się, z nieprzepartą siłą wypycha stopniowo oko sztuczne, które zazwyczaj wkłada się odrazu do takiej nowoutworzonej jamy, dla jej lepszego zabezpieczenia. Protezę trzeba zmieniać, wkładać coraz to mniejsze muszelki, wreszcie i tę najmniejszą znajdujemy pewnego dnia pod opatrunkiem, wysuniętą zupełnie z zaciśniętej szpary powiekowej.

Operacyę wykonywamy zwykle w ten sposób, że, o ile powieki zupełnie lub częściowo są ze sobą zrosłe, rozcinamy je w linii, odpowiadającej szparze powiekowej i wycinamy o ile możności jak najwięcej tkanki wypełniającej oczodół. Tkanka ta bywa zazwyczaj zbita i twarda, przyczem jednak obficie unaczyniona, dlatego prawie zawsze powstaje silne krwawienie miąższowe. Wycinamy tej tkanki tyle, ażeby powstała jama znacznie większa, co najmniej dwa razy większa, niż potrzeba dla pomieszczenia prawidłowej protezy, liczymy się bowiem z góry z nieuniknionem w najbliższych dniach lub tygodniach po operacyi zaciśnięciem tej przestrzeni. Wytworzoną w ten sposób jamę należy zasadniczo wyścielić, czyto skórą, czy też błoną śluzową. Ponieważ niema tu oka z wrażliwą rogówką, dlatego nie potrzebujemy się obawiać drobnych włosków, meszku na skórze, używanej do przeszczepienia i dlatego w tych przypadkach skóra nadaje się wogóle bardzo dobrze jako materyał plastyczny. O błonę śluzową, czyto zwierzęcą, czy ludzką, w tak wielkich kawałkach, jakich potrzeba do wysłania oczodołu, jest trudniej, niż o skórę, a przytem odnosi się wrażenie, że błona śluzowa, n. p. spojówka królicza, nie tak dobrze się przyjmuje, jak n. p. skórne płatki Thierscha i że stanowi wątlejszą zaporę dla bujania ziarniny. Układanie, a tem bardziej przyszywanie płatów skórnych do wewnętrznych ścian wytworzonej operacyjnie jamy, nawet po możliwie gruntownem stłumieniu krwawienia, jest trudne i mozolne. Dlatego z wdzięcznością przyjęliśmy pomysł Verhoeffa, który stara się zapomocą brzytwy lub noża Thierscha ściąć z ramienia lub z uda jeden, jednolity, możliwie duży płat

skórny, — jak zawsze, zdejmując przytem tylko powierzchowne warstwy skóry, — tak duży, aby można nim pokryć, a raczej weń owinąć dość wielką kulkę szklaną, albo protezę oczną, i to tak, żeby naskórek leżał na szkle, a tkanka podskórna była zwrócona na zewnątrz*). Tak owiniętą protezę wciska się w nowowytworzoną jamę oczodołową, przez co płat skórny zostaje we wszystkich kierunkach przyciśnięty do okrwawionych ścian rannej powierzchni jamy. Części płata, sterczące przed protezą z pomiędzy powiek, najlepiej odrazu poobcinać, bo inaczej ulegną obumarciu, a mogłyby uledz i zakażeniu. Na to zakłada się aseptyczny opatrunek uciskowy. Po 6 lub 7 dniach, przy zmianie opatrunku stwierdzamy zazwyczaj, że płat jest przyjęty i wszędzie dobrze przylega. Do tego zabiegu lepiej od zwyczajnej, definitywnej protezy nadaje się proteza tymczasowa, dostarczana przez wiesbadeńską fabrykę sztucznych oczu. Zewnętrzny kształt jej odpowiada w zupełności kształtowi definitywnej protezy dętej, tylko, że w środku, w miejscu odpowiadającem rogówce, ma ona okrągły, szeroki otwór. Otwór ten umożliwia odpływ wydzieliny, co zapobiega ewentualnemu zmacerowaniu wszczepionego płata.

W pierwszych czasach obecnej wojny, mając wiele przypadków zarośnięcia oczodołu do operowania, próbowałem sobie ułatwić i uprościć pracę w ten sposób, że do jamy, wyciętej w tkance wypełniającej oczodół, a więc do świeżej rany, wkładałem odrazu, bez wyścielania jej czemkolwiek, bądźto definitywną protezę reformowaną (dętą), bądź też dopiero co opisaną, przedziurawioną protezę tymczasową. Zaznaczyć muszę, że wówczas nie był mi jeszcze znany praktyczny sposób owijania protezy w płat skórny. W kilku przypadkach wynik był — muszę wyznać — ku memu własnemu zdziwieniu, nadspodziewanie pomyślny. Niektóre oczodoły okazały dziwną tolerancyę wobec ciała obcego, jakiem była włożona w ranę proteza. Nie przyszło ani do zbytniego bujania ziarniny, ani do kurczenia i ściągania się blizn. Nowa jama pozostała dostatecznie obszerną i chorzy po kilkutygodniowej, a nawet po kilkumiesięcznej obserwacyi opuszczali klinikę zadowoleni z oka sztucznego, dobrze w oczodole osadzonego.

W czerwcu 1916 r. na wojennym zjeździe okulistów w Peszcie podałem do wiadomości te początkowe, nadspodziewanie pomyślne wyniki. Zastrzegłem się jednak wyraźnie, że mogą to być tylko przypadki wyjątkowe i że z góry nie można chyba nigdy na pewne liczyć na taką tolerancyę okrwawionej tkanki, z reguły skłonnej w wysokim stopniu do wytwarzania silnej ziarniny i do następowego, bliznowatego ściągnięcia się. Rzeczywiście późniejsze doświadczenie przekonało mnie, że tylko czasem ten bezsprzecznie najprostszy sposób operowania wiedzie do celu. W przeważnej jednak większości przypadków wprowadzoną w ten sposób do świeżej rany protezę wypiera bujająca tkanka ziarninowa nieprzepartą siłą z oczodołu. Reszty dokonują świeże, następowo kurczące się blizny. Powtarzam jednak, że dzieje się to zresztą czasem i w tych przypadkach, w których całe wnętrze jamy zostało starannie skórą, czy też błoną śluzową wysłane.

Tu muszę jeszcze nadmienić, że moje tymczasowe doniesienie, udzielone członkom peszteńskiego zjazdu, nie pozostało bez echa. Prof. Carsten z Berlina podaje w Archiwie Knappa (T. 82. r. 1917, Z. 3. i 4., str. 198), że zachęcony tem doniesieniem używa od lata 1916 roku tej uproszczonej metody operowania w przypadkach zrostów oczodołowych i, jak z jego krótkiej notatki zdaje się wynikać, stosuje ją nawet z większem może od mego powodzeniem. On też wykazuje Illigowi (z Monachium), że pomysł jego wkładania bezpośrednio po przecięciu zrostów (w razie zrostu powiek [symblepharon] przy zachowanej gałce ocznej!) odpowiedniej muszelki z przeźroczystego szkła, z dużym otworem na rogówkę w środku (Arch. f. Augenheilkunde, T. 82. r. 1917, str. 94), zasadniczo nie jest pomysłem nowym, bo już poprzednio był wypowiedziany przezemnie w Peszcie, a wkrótce potem w nieco zmienionej formie przez Hankego w Heidelbergu. Wywiązała się stąd żywa polemika, w której Illig broni z temperamentem swego prawa pierwszeństwa, wykazując, że wprawdzie ogłosił swój sposób w rok później odemnie, ale pierwsze próby na chorych wykonał o cały rok wcześniej. Mojem zdaniem jest rzeczą zupełnie obojętną, kto pierwszy myśl powziął lub kto ją pierwszy wykonał, a jedynie mogłoby chodzić o to, czy myśl jest dobra i czy wiedzie do osiągnięcia celu. Otóż doświadczenie poucza, że, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej w pewnej części przypadków wprowadzenie między okrwawione ściany jamy oczodołowej ciała obcego, jakiem jest tym razem proteza oczna, może przeszkodzić nadmiernemu bujaniu ziarniny, poczem proteza ta przeciwdziała kurczeniu się tkanki i rozciąga blizny już w czasie, kiedy się dopiero poczynają wytwarzać. Wynika z tego tyle tylko, że w technice operacyjnej nieraz opłacić się może śmiała próba wykonania nawet takiego pomysłu, który na pierwszy rzut oka wydaje się jaskrawem pogwałceniem utartych zasad i prawideł chirurgii ogólnej.

Najlepszym jednak dowodem, jak trudnem i niewdzięcznem zadaniem jest naprawianie, względnie odtwarzanie drogą operacyjną już nie wprost zarosłych, ale wogóle pogruchotanych i wykoszlawionych przez rany postrzałowe oczodołów, jest fakt, że w wielu klinikach uniwersyteckich najwytrawniejsi nawet operatorowie po bezowocnych próbach operacyi plastycznych dają wreszcie za wygraną, obcinają poprostu brzegi powiek z rzęsami i zaszywają szczelnie szparę powiekową, wyłuszczywszy poprzednio resztki worka spojówkowego, o ile one istniały. W ten sposób pokrywają skórą powiek zbitą tkankę bliznowatą, która wypełnia oczodół. Dawna szpara powiekowa zaznacza się jako linijna pozioma blizna. Po takiem przygotowaniu ozdabiają chorego protezą, która oprócz gałki ocznej naśladuje zarazem powieki, rzęsy i otaczającą skórę (Lauber, Henning, Levinsohn, Valois i inni). O ile zwykła proteza oczna, sporządzona ze szkła lub emalii, a przedstawiająca sam tylko przedni odcinek oka z rogówką, tęczówką i źrenicą, zaspakaja często wybredne nawet wymagania, o tyle imitacya powiek i rzęs, tak zwana »ektoproteza«, sporządzana z różnych materyałów: ze szkła, z porcelany, z masy papierowej, z kauczuku, z metalu pomalowanego na kolor cielisty, a nawet z drzewa, pozostawia, według mego zdania, pod względem kosmetycznym bardzo wiele do życzenia. Na reprodukcyach, zdobiących artykuły w archiwach okulistycznych, albo na fotografiach, rzucanych za pomocą projekcyi na ekran, protezy te sprawiają dosyć korzystne wrażenie, ale oglądane »in natura« — mimo okularów, zakładanych dla zamaskowania zdradliwych szczegółów — wyglądają fatalnie, głównie z powodu trupiej nieruchomości samej gałki*). Ale i całość zbyt żywo przypomina figury woskowe. Takie wrażenie sprawiały, na mnie przynajmniej, protezy tego rodzaju u wszystkich chorych, których miałem sposobność badać osobiście. Oczywiście lepsza jest taka proteza, niż żadna, lub niż poszarpany, pustką ziejący oczodół, który chory musi ukrywać pod opaską. Ale z drugiej strony ten czarny bandażyk mniej przykre niekiedy sprawia wrażenie, niż martwa kauczukowa maska, choćby najdokładniej wykonana.

Wobec tych notorycznych trudności, jakie nastręcza przystosowanie jamy oczodołowej do tego, ażeby można było w niej umieścić zwyczajną, gotową protezę, wybraną z kollekcyi, wydaje mi się rzeczą niewłaściwą narażać chorego na cały nieraz szereg operacyi plastycznych tylko dlatego, że oczodół jego przedstawia dla zwyczajnej, gotowej protezy za dużą lub za małą przestrzeń, albo dlatego, że jakiś uporczywy, po każdej operacyi na nowo odrastający zrost przeszkadza z tej lub owej strony należytemu osadzeniu sztucznego oka. Toć jest rzeczą oczywistą, że korzystniej i łatwiej jest chyba, zamiast obrabiać w sposób krwawy tkankę żywą, zawsze na nowo odrastającą i kurczącą się, postarać się raczej z martwego materyału wymodelować dla każdego przypadku osobną, do danych warunków anatomicznych oczodołu i powiek dokładnie dostosowaną protezę. Zapewne, że niezawsze jest to możliwe, ale w wielu razach, gdzie się to uda, oszczędzimy choremu zupełnie zbytecznych, a nieraz bezowocnych zabiegów krwawych, w dodatku

---

*) Verhoeff owija kulkę szklaną najpierw w jakowąś »Cargile Membran«, która przykleja się do szkła, ale nie przyczepia się wcale do warstwy naskórkowej. Ponieważ jednak materyału tego nie mogłem dostać, kładę więc płat skórny wprost na szklaną protezę i pokazuje się, że to zupełnie wystarcza do osiągnięcia celu.

*) Valois zastosował wprawdzie u pewnego zranionego żołnierza ektoprotezę, naśladującą powieki i rzęsy i połączoną z protezą oczną, poruszającą się swobodnie razem z kikutem pozostałym po gałce, — pomijając jednak dość zawiły mechanizm całego tego urządzenia, to główną trudność stanowi warunek, aby oko sztuczne można było osadzić na jakimś ruchomym podkładzie, na jakiejś pozostałości po gałce ocznej, na którą mogłyby działać jako tako przynajmniej utrzymane mięśnie oczne zewnętrzne. W przypadkach, o jakie nam tu chodzi, najczęściej niema mowy o spełnieniu tego warunku, ponieważ po gałce ocznej niema zwykle ani śladu.

częstokroć wymagających ogólnego uśpienia. Mam w tej chwili na myśli oczywiście tylko takie przypadki, gdzie powieki i części otaczające oko są przynajmniej jako tako utrzymane, gdzie zatem może być zastosowana proteza ze szkła lub z emalii, zastępująca samą tylko gałkę oczną. W Krakowie jesteśmy obecnie, w czasie wojny, gdy chodzi o protezę oczną, o tyle w trudnem położeniu, że musimy wybierać oczy sztuczne z gotowych zbiorów, już przerzedzonych i coraz bardziej się przerzedzających. Otóż nawet wobec prawidłowego oczodołu jest rzeczą tylko szczęśliwego przypadku, jeśli w ograniczonej kolekcyi znajdziemy dla danego chorego protezę, odpowiadającą w zupełności warunkom kosmetyki. Tem bardziej jesteśmy skazani na przypadek, jeżeli jama oczodołowa jest nieregularna, tu za głęboka, tam za płytka lub poprzewężana bliznami i zrostami. Wiadomo, że wielkie fabryki oczu sztucznych rozsyłają corocznie po znaczniejszych miastach swych pracowników, którzy zgłaszającym się chorym w sposób artystyczny dorabiają protezy ściśle według wzoru, jaki daje drugie, żywe oko. Rzecz jasna, że sporządzając protezę umyślnie dla danego przypadku, można uwzględnić i pokonać różne miejscowe trudności, wyzyskać dla osadzenia oka szklanego każdy zaułek, każde zagłębienie, porobić odpowiednie wręby lub wcięcia na zrosty i bliznowate mostki, jednem słowem wykonać jakby odlew istniejącej do rozporządzenia jamy. Jeśli n. p. załamek górny jest nadmiernie głęboki, a dolny nadmiernie płytki i wskutek tego proteza rogówką i źrenicą zwraca się do góry i kryje się pod górną powieką, to nic łatwiejszego, jak sporządzić oko takie, żeby poniżej rogówki miało tylko wąski pasek twardówki, byleby tylko proteza nie wysuwała się z poza dolnej powieki, natomiast zrobić tej białej twardówki górą tyle, aby nią dokładnie wypełnić zbyt głęboką jamę górnego załamka. Jest przecież rzeczą zupełnie obojętną, ile tam tej białej obwódki kryje się za górną powieką, a chodzi tylko o to, żeby rogówka i źrenica były należycie w szparze powiekowej umieszczone.

Niestety fabrykanci oczu sztucznych od czasu wojny nie zajeżdżają do Krakowa. Próby przerabiania protez gotowych, wybranych z kolekcyi, celem dostosowania ich do istniejących w oczodole nieprawidłowych stosunków topograficznych, najczęściej nie udają się. Co najwyżej protezy muszelkowe (niereformowe) dają się niekiedy pomniejszyć, t. j. odpowiednio przykroić, w razie przeszkód, n. p. ograniczonych zwężeń lub mostkowatych zrostów w oczodole. Ale i przytem ryzykujemy zawsze pęknięcie delikatnej emalii. Protezy dęte nie nadają się wcale do takiej przeróbki.

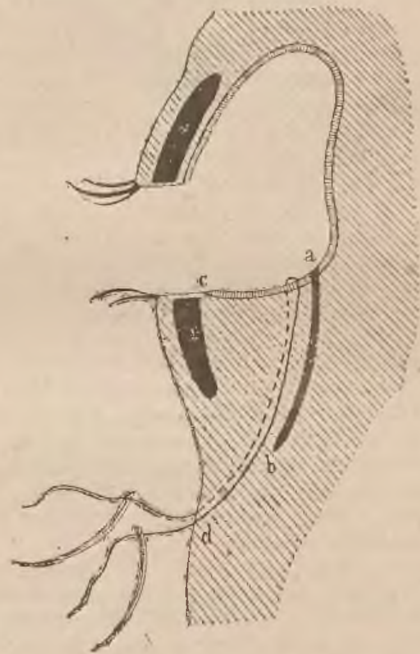
Pozostawałby zatem jeszcze jeden sposób, o ile się nie chce lub nie może wysyłać chorych po protezę do zagranicznych fabryk. Możnaby mianowicie sporządzać dokładne odlewy lub odciski oczodołów wraz z powiekami, używać do tego gipsu, albo, jak radzi Sachse, za przykładem dentystów masy »Stents« i z tych odcisków ujemnych robić następnie odlewy dodatnie i tak wykonane modele posyłać fabrykantom celem dorobienia dokładnie przylegającej protezy. Jest to oczywiście droga uciążliwa i wyjątkowo chyba tylko możnaby ją wybrać jako jedyne wyjście z położenia. Przytem nie należy zapominać, że dobre osadzenie protezy zależy nietylko od kształtu części otaczających, do których ma ona przylegać, ale także nieraz od zbitości, od sprężystości, od podatności tych części, a takich znamion żaden, najwierniejszy nawet odlew nie może uwydatnić. To też posyłanie modeli do fabryk przedstawia także pewne ryzyko.

Z tych to wyżej wymienionych względów stoimy wielokrotnie wobec konieczności operacyjnego usuwania i takich przeszkód w oczodole, które dałyby się — nie usunąć — ale obejść bezkrwawą drogą, gdybyśmy tylko rozporządzali wszystkimi środkami techniki. Poza tem bardzo często spotykamy oczodoły, w których żadna, nawet najlepiej wykonana proteza nie może się utrzymać mimo, że obie powieki są należycie utrzymane. Powodem bywa najczęściej zbytnia płytkość załamka spojówki, zwłaszcza załamka dolnego.

Każda proteza, duża czy mała, muszelkowata czy dęta, wobec braku wszelkiej zapory ze strony dolnej powieki wysuwa się, wyślizguje z takiego oczodołu i wypada. Tutaj niema już innego wyjścia, jak tylko operacyjne pogłębienie załamka. Sposób, analogiczny do tego, jakim wytwarza się nową jamę w razie zarośnięcia całego oczodołu, polegałby i tutaj, gdzie chodzi tylko o usunięcie braku załamka spojówki, na szerokiem rozcięciu spojówki w linii, odpowiadającej załamkowi i na wycięciu zapomocą noża lub nożyczek odpowiedniej ilości tkanki, czyli inaczej mówiąc, na wygrzebaniu dostatecznie głębokiego rowu wzdłuż całej szpary powiekowej, od nosowego do skroniowego kącika. Krwawą jamę, wytworzoną w ten sposób poza dolną, względnie poza górną powieką, należałoby starannie wyścielić czy to płatkami Thierscha, czy też spojówką ludzką albo zwierzęcą. W tym przypadku można się również posłużyć protezą tymczasową, jako przedmiotem, przyciskającym płat przeszczepionej skóry lub błony śluzowej do okrwawionej powierzchni jamy. Wystarczy zatem dolną, względnie górną krawędź protezy okryć dostatecznie dużym płatem Thierscha, tak, aby naskórkiem przylegał do emalii, a tkanką podskórną zwrócony był na zewnątrz. Protezę taką należy włożyć zręcznie do jamy oczodołowej w ten sposób, żeby krawędzią swoją przytłoczyła ów płat Thierscha do ścian i do dna nowowyżłobionej jamy załamka. Jest to niewątpliwie sposób dobry, chociaż i tutaj, podobnie, jak w przypadkach orbitoplastyki, trzeba się liczyć z możliwością, że mimo dokładnego wyścielenia nastąpi niekiedy ponowne zarośnięcie wytworzonego w ten sposób załamka.

Operując wiele podobnych przypadków, doszedłem do przekonania, że podobnie, jak się to stało z orbitoplastyką, można także taką fornikoplastykę znacznie uprościć, a równocześnie uczynić ją skuteczniejszą. Przedewszystkiem chodzi o to, aby obejść się bez wszelkiego przeszczepiania płatów i bez wyścielania rany błoną śluzową czy skórą.

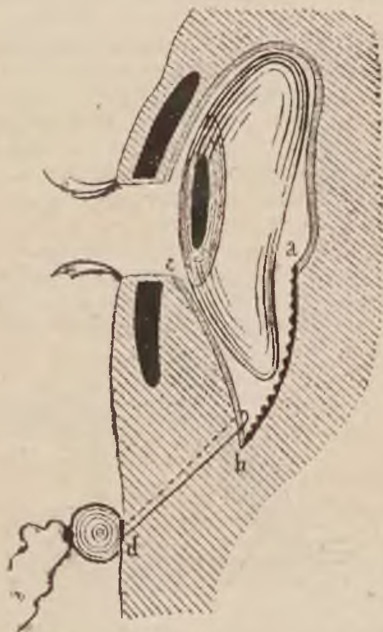
Mając utworzyć albo pogłębić załamek, n. p. dolny, wykonuję operacyę (fornicoplastica inferior), bądźto w znieczuleniu miejscowem, wstrzykując podspojówkowo $^{1}/_{2}{}^{0}/_{0}$ rozczyn kokainy z dodatkiem $^{1}/_{10}{}^{0}/_{00}$ adrenaliny, bądź też — rzadziej — w uśpieniu chloroformowem. Prowadzę przez spojówkę cięcie prostolinijne i równoległe do brzegu dolnej powieki, od kącika do kącika przez całą długość szpary powiekowej. Odległość tej linii cięcia od brzegu powieki ma wynosić 8 do 10 mm. Cięcie to pogłębia się znacznie, rozcinając tkankę podspojówkową i głębszą tkankę bliznowatą i dochodząc aż prawie po dolny kostny brzeg oczodołu. Wycinać tkanki przytem nie potrzeba wcale.



Ryc. 1.

Na rycinie 1, przedstawiającej oczodół pusty w przekroju strzałkowym, z zupełnym brakiem załamka dolnego, głębokość tego cięcia wyraża się łukiem *a b*. Linię odpowiadającą długości cięcia musimy sobie wyobrazić jako prostopadłą do płaszczyzny rysunku. Następnie przeprowadzam pętlę mocnej nitki jedwabnej, uzbrojonej na obu końcach w długie, łukowate igły. Pierwszą z nich wkłuwa się przez spojówkę tuż w pobliżu przedniego brzegu wytworzonej rany, przeprowadza się ją następnie pod skórą poza tarczką powieki dolnej, podobnie jak przy operacyi Snellena, służącej do usunięcia odwinięcia powieki (ectropion),— i wykłuwa się przez skórę na zewnątrz poniżej dolnego brzegu oczodołowego, powyżej okolicy dołu szczęki (fossa canina). Drugą igłę prowadzi się równoległą drogą w odległości kilku milimetrów od pierwszej. Po wydobyciu zapomocą tych igieł obu końców pętli w punkcie *d* związuje się je na wałeczku z waty, przyciągając dość silnie tak, ażeby brzeg spojówki wciągnąć jak najgłębiej w ranę. Pierwszą taką pętlę zakładam zwykle w środku szpary powiekowej, drugą taką samą przeprowadzam w pobliżu

kącika nosowego, a trzecią po stronie skroniowej. W razie, gdy chodzi tylko o fornikoplastykę częściową, t. j. nie obejmującą całej długości powieki, wystarczyć mogą dwie pętle, albo nawet jedna. Po należytem ściągnięciu nitek i związaniu ich na wałeczkach z waty, brzeg przeciętej spojówki przesuwa się od punktu *a* do punktu *b* tak, że powierzchnia jej, która przed operacyą leżała poziomo, zostaje wciągnięta w głąb rany, przybiera położenie mniej więcej pionowe (*c b*) i wyściela temsamem przednią ścianę głębokiej rany. Równocześnie powieka cała ustawia się też bardziej pionowo albo nawet brzegiem rzęsowym zawija się nieco ku wewnątrz. Tylna ściana rany *a b* pozostaje niepokryta, ale okrwawiona jej powierzchnia, stykając się z pokrytą nabłonkiem powierzchnią spojówki, nie może zróść się z nią. Operacya jest skończona. Załamek, w ten sposób wytworzony, bywa zwykle zrazu aż zanadto głęboki, liczymy się jednak z tem, że tworząca się od dołu blizna, kurcząc się, przecież dno rany cokolwiek podniesie. Rycina 2. pokazuje, jak wy-



Ryc. 2.

godne pomieszczenie dla protezy ocznej uzyskuje się odrazu po takim zabiegu. Protezę można włożyć bezpośrednio po operacyi, albo dopiero przy pierwszej zmianie opatrunku, która wskazana jest zwykle już trzeciego lub czwartego dnia ze względu na możliwe nagromadzenie się wydzieliny spojówkowej. Natomiast nitki wyjmujemy dopiero po siedmiu lub ośmiu dniach, a to dlatego, aby przez dłuższy czas ściągały spojówkę i trzymały jej brzeg na dnie nowego załamka.

Jak widać z powyższego opisu, zabieg ten różni się tem tylko od szwu Snellena, podanego dla przypadków odwinięcia powieki dolnej (ectropion), że dodane jest głębokie cięcie, którego przy zakładaniu nitek Snellena nie robi się, bo robić nie ma powodu.

»Mutatis mutandis« operuję również w ten sam sposób, gdy chodzi o utworzenie, względnie o pogłębienie brakującego lub zbyt płytkiego załamka górnego (fornicoplastica superior). Igły wykłuwa się wtedy tuż pod łukiem brwiowym i tutaj związuje się założone pętle jedwabiu na wałeczkach z waty.

W niektórych razach, gdzie oba załamki są płytkie, a więc oczodół wogóle za ciasny, zmuszeni jesteśmy wykonać zarazem dolną fornikoplastykę i górną. W ten sposób uzyskujemy wydatne i skuteczne rozszerzenie całej jamy oczodołowej.

Opisany sposób operowania jest tak prosty, że chociaż w dostępnej mi literaturze nie znalazłem nigdzie wzmianki o podobnym zabiegu, to jednak przypuszczam, że niejednemu operatorowi, zniecierpliwionemu trudnościami różnych autoplastycznych i heteroplastycznych operacyi, nasunął się może sam przez się, i że tu i tam bywa już wykonywany. Tych, którzy na ten pomysł dotąd nie wpadli, może ta krótka notatka zachęci do wypróbowania powyższej uproszczonej metody fornikoplastyki.

W żadnym z kilkunastu przypadków, operowanych w ciągu ostatnich dwóch lat w krakowskiej uniwersyteckiej klinice okulistycznej, ta metoda fornikoplastyki, nie wymagająca przeszczepiania płatów skóry ani błony śluzowej, nie zrobiła mi dotąd zawodu. W dwóch, czy w trzech przypadkach trzeba było zabieg powtórzyć, ale ostatecznie we wszystkich można było dać chorym protezę do stałego noszenia, a to jest główny cel operacyi. Wyniki te dowodzą, że zasadniczo, dla zapobieżenia powtórnemu zarośnięciu nowego załamka, wystarcza wysłać jedną tylko jego ścianę spojówką, i to w tym przypadku nie przeszczepioną, lecz tylko przesuniętą, a przeciwległą ścianę pozostawić w stanie okrwawionym.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Rozpoznanie niewątpliwego uchyłka pęcherza stwierdziła cystoskopia i ona przedewszystkiem jest powołana w takich przypadkach ułatwiać chirurgowi oryentacyę. Tam gdzie ona z jakiejbądź przyczyny jest niewykonalna, pozostają promienie Röntgena, które w kilku znanych przypadkach oddały znakomite usługi. Ale i cystoskopia niezawsze wszystkie wątpliwości usuwa; i tak w moim przypadku nie zdołałem rozstrzygnąć przed operacyą, gdzie znajduje się ujście prawego moczowodu. Nawet chromocystoskopia nie doprowadziła do pożądanego wyniku i dopiero podczas operacyi okazało się, że ujście to leży na granicy uchyłka i pęcherza, na przejściu. Barwik wydzielał się prawdopodobnie w kierunku uchyłka i dlatego w cystoskopie nie był widoczny.

Spostrzeganie kliniczne przebiegu choroby w moim przypadku, aż do chwili operacyi, rzuca bardzo jaskrawe światło na wartość zachowawczych metod leczenia w przypadkach uchyłka zakażonego. Chory ten pobierał wewnętrznie urotropinę z salolem po 0·50, 3 razy dnia; prócz tego przepłukiwano mu 2 razy dnia uchyłek wyjałowionym rozczynem kwasu borowego, a co 3—5 dni rozczynem lapisu 1°/₀₀. Przepłukiwania te robiono bardzo starannie przez 4 miesiące i uchyłek przepłukiwano doszczętnie, gdyż wprowadzanie metalowego cewnika aż do dna pęcherza było bardzo łatwe. Pomimo tego sprawa zapalna nie tylko się nie poprawiła, lecz nawet nastąpiło pogorszenie. Zjawisko to doskonale tłómaczy badanie drobnowidowe ścian uchyłka. Wykazało ono, że zmiany zapalne dotyczą nie tylko nabłonka i błony śluzowej, lecz że rozciągają się one na całą grubość ściany uchyłka, dotyczą także warstwy mięsnej i sięgają aż do obwodu uchyłka. Co więcej, pokazało się przy operacyi, że te zmiany zapalne nie ograniczają się bynajmniej na sam uchyłek, lecz przechodzą na jego otoczenie i wywołują zapalne nacieczenia tkanek narządów, z nim sąsiadujących. Jest rzeczą zrozumiałą, że jeżeli działamy środkami odkażającymi na powierzchnię błony śluzowej, na jej nabłonek, nie możemy uzyskać wyleczenia sprawy zapalnej w głębi ściany uchyłka; należy zaś przyjąć, że przejście sprawy zapalnej na głębsze warstwy ściany uchyłka następuje bardzo wcześnie, gdyż z powodu zalegania moczu w uchyłku istnieją w nim wyjątkowo korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów, przez co nasilenie sprawy zapalnej bywa odrazu bardzo silne; niekorzystne warunki krążenia krwi mogą niewątpliwie także usposabiać ścianę uchyłka do łatwego ulegania sprawom zapalnym, a także i utrudniać rozchodzenie się raz powstałych nacieków zapalnych.

Usiłowania zatem, ażeby na tej drodze uzyskać wyleczenie lub nawet poprawę, są bezcelowe, a jedynie wskazanem i uzasadnionem jest leczenie chirurgiczne. Jak z poprzednio zestawionego piśmiennictwa widać, prawo wyłącznego obywatelstwa wywalczył sobie zabieg doszczętny.

W przypadku moim, w którym przy pomocy cystoskopii uzyskałem najdokładniejszą oryentacyę co do położenia uchyłka, jego stosunku do pęcherza i stanu błony śluzowej, nakreśliłem

z góry plan wykonania zabiegu z cięcia nadłonowego w linii środkowej i operowania zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i plan ten udało mi się najdokładniej do końca przeprowadzić. Przed operacyą nie mogłem tylko oznaczyć stosunku prawego moczowodu do uchyłka i pęcherza. Przy zabiegu okazało się, że moczowód ten uchodził na granicy uchyłka i pęcherza i był w tem miejscu zwężony wskutek zbliznowacenia tej okolicy. Ażeby znieść na przyszłość trudności w odpływie moczu z tej nerki, przeciąłem moczowód, wynicowałem jego wolny koniec i wszczepiłem do pęcherza. Ostatnia cystoskopia stwierdziła doskonałe wgojenie się moczowodu, którego otwór był szeroki i dozwalał na swobodny odpływ moczu.

Z dołączeniem opisanego, jest dotychczas w piśmiennictwie znanych 5 przypadków doszczętnego wycięcia uchyłka pęcherza z odcięciem i przeszczepieniem moczowodu. Są to przypadki Pagenstechera, Czernego, Jounga, Lerchego i ostatni mój. Pagenstecher szedł drogą resekcyi kości krzyżowej, Czerny przez cięcie nadłonowe, obaj zaś operowali dwuczasowo. Joung operował jednoczasowo i posługiwał się drogą zewnątrz i wewnątrzpęcherzową. Lerche obrał najidealniejszą drogę, operując zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i w ten sposób ja operowałem; różnica polegała tylko na sposobie sączkowania jamy po uchyłku; ja wyprowadziłem sączki i dren od góry, Lerche wyprowadził dren przez cięcie na kroczu. Przypadek mój i Jounga dotyczył prawej strony, pozostałe trzy — lewej.

Przypadek mój dowodzi, że operowanie z cięcia nadłonowego, zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo nadaje się nietylko do operowania uchyłków na przedniej i bocznej ścianie, lecz także i do operowania uchyłków na tylnej ścianie pęcherza, gdyż otwór komunikacyjny leżał nizko na tylnej ścianie, a sam uchyłek wypełniał po stronie prawej zatokę Douglasa.

Piśmiennictwo. 1) Aschoff, L. Path. Anat. Bd. 2. Jena 1909. 2) Brougersma, H. Ver. d. deutsch. Ges. f. Urol. 1914. 3). Bierhoff. Dermat. Ztbl. 3. Nr 8. 1900. 4) Blumenthal. In. Dissert. Göttingen. 1868. 5) Buerger, L. Journ. d' urol. 1913. 6) Casper, L. Lehrb. d. Urol. Berlin 1903. 7) Casper, Z. f. Urol. H. 5. 1912. 8) Cholzoff. Arch. f. kl. Chir. 94. 9) Czerny. Beitr. z kl. Chir. Bd. 19. 1896. 10) Englisch, J. Wiener Klinik. Nr 4. 1894. 11) Ehrhardt, O. D. m. W. 1910 Nr 49. 12) Englisch J. Arch. f. kl. Chir. 73. 13) Frisch und Zuckerkand. Handb. d. Urol. Wien. 1904. 14) Fischer, M. Z. f. Urol. Chir. III. H. 3. 15) Frank, E. Z. f. Urol. IV. H. 3. 16) v. Frisch, A. Verhandl. d. Ges. f. Urol. 1912. 17) v. Hoffmann, E. Z. f. Urol. Chir. I. H. 5. 18) Huldschiner. Centrtbl. f. d. K. d. Harn. und Sex. O. 1899. 19) Hofmokl. Arch. f. kl. Chir. 1894. 20) Koller, S. W. kl. W. 1904. Nr 6. 21) Kroiss. Deut. Z. f. Chir. 111. 22) Kollossow. Chirurgiczeski Arch. 1903. H. 3. 23) Langer, A. Prager Z. f. Heilk. 20. 1899. 24) Meyer, F. Centrl. f. d. K. d. Harn. und Sex. 16) 25) Nitsc, M. Lehrb. d. Kystoskopie. Wiesbaden. 1907. 26. Preindlsberger. Verh. d. d. Ges. f. Urol. 1914. 27) Perthes. Deut. Z. f. Chir. 100. 28) Pils. W. kl. W. 1891. 29) Pielicke. Allg. m. Zentralzeit. 1904. 30) Pagenstecher. Arch. f. kl. Chir. 74. H. 1. 31) Pousson, A. Bull. et. mém. de la soc. de Chir. p. 1103. 32) Rotschild, A. Lehrb. d. Urol. Leipzig. 1911. 33) Riedel. D. m. K. 1903. Nr. 44. 34) Shichitaro Sugimura. Virchow's Arch. 204. 1911. 35) Tenże. Virchow's Arch. Bd. 206. 1911. 36) Strauss, F. Verh. d. d. Ges. f. Urol. 1914. 37) Schwarz, C. Beitr. z kl. Chir. 15. 1896. 38) Strauss. Zentr. f. Chir.1 899. Nr 28. 39) Verhoogen, Allg. W. m. Zeitsch. 1900. Nr 1. 40) Wagner. Arch. f. kl. Chir. 76. 41) Wulff. M. m. W. 1904. Nr. 24. 42) Zaaijer. Beitr. z. kl. Chir. 75. H. 3. 43) Ziegler, E. Lehrb. d. path. Anat. Jena. 1898.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

Azocica, azotaemia.
nierozwit, brak wrodzony, aplasia.
niedorost, niedokształt, hypoplasia.
rozrost, hyperplasia.
przerost, hypertrophia.
układ podnietonośny, Reizleitungssystem.
układ przedsionkowokomorowy, Atrioventricularsystem.
cząstki składowe (chem.), Bausteine.
torbielkowatość kiszki, colitis cystica.
właściwy krwi, bluteigen.
wadliwość krwi, Blutentmischung.
pożywka krwawa (jak mocz, stolec krwawy), Blutnährboden.
agar krwawy, Blutagar.
rozwłóknienie, Auffaserung.
serce piwoszów, Bierherz. 6

Piśmiennictwo bieżące.

Györi. **Dalsze wyniki autoseroterapii w durze plamistym.** (Deut. m. W. 1918. 25). Zastosowawszy autoseroterapię w 41 przypadkach duru plamistego, z których tylko 3 (7·3%) zakończyło się niepomyślnie, utrzymuje G., że ten sposób leczenia nietylko zmniejsza znacznie śmiertelność, ale także wpływa bardzo korzystnie na przebieg choroby, zwłaszcza u ludzi starszych i wątlejszych. U chorych osłabionych zaleca się zastosować przed autoseroterapią digalen; środki przeciwgorączkowe są niepotrzebne. Leczenia surowicą nie potrzeba zaczynać przed ósmym dniem choroby; według G. jest nawet działanie surowicy mniej wybitne, jeżeli się zacznie leczenie wcześniej. Surowicę przygotowuje G. w następujący sposób: W ósmym dniu choroby na szczycie gorączki wydobywa z żyły łokciowej (ucisnąwszy żyły powyżej) 100 do 120 cm sz. krwi przez nakłucie, rozdzielając ją odrazu na mniejsze porcye do wyjałowionych flaszeczek Erlenmeyerowskich (bez dodawania karbolu). Flaszeczki zamyka się wyjałowioną watą. W dniach następnych wstrzykuje się do żyły łokciowej surowicę w ilościach wzrastających (5, 10, 15, 20 cm), za każdym razem z nowej flaszeczki, bo raz otwarta surowica może się łatwo zakazić. R.

Prof. Möllers i Dr G. Wolff. **Dotychczasowe doświadczenia co do szczepień ochronnych przeciw durowi plamistemu.** (Deut. m. W. 1918. 25). Jako szczepionki używali M. i W. krwi chorych, do której dodawali 0·2% formaliny, a potem ogrzewali do 60° C. Szczepionką taką szczepili 650 osób. Zachorowało 21, jednakże z tych 6 było szczepionych w okresie wylęgania się choroby, a 4 było tylko dwukrotnie, zamiast trzykrotnie szczepionych. U tych 10 osób wybuchła choroba wkrótce po szczepieniu. Z pozostałych 11, trzykrotnie szczepionych, wybuchła choroba u 6 przed upływem 3 miesięcy, u 5 w 3 do 8 miesięcy. Zmarła jedna. Chociaż więc szczepienie nie chroni od zakażenia bezwzględnie, jednakże, jak się zdaje, zmniejsza znacznie chorobowość i śmiertelność, a ponieważ nie jest niebezpieczniejsze od szczepień przeciw durowi brzusznemu i cholerze, przeto zasługuje na dalsze próby. R.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 10 kwietnia 1918

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. K. Mayer wygłosił wykład p. t.: **Rozpoznawanie gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena.** (Wykład ogłoszony będzie drukiem). Sekretarz doroczny: Dr Michejda.

Posiedzenie kliniczne dnia 17 kwietnia 1918.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Wybrano członkiem jednogłośnie kol. Eugeniusza Artwińskiego.

II. Kol. Borowski przedstawił porównawczo 2 przypadki **odmrożenia.** Rozmaite warunki, wśród których zadziałała jedna i ta sama przyczyna, sprawiły inny przebieg zgorzeli stop u obu chorych i odmienny sposób postępowania. U jednego chorego powstała nekroza palca wskutek silnych bólów i gorączki zmu-

siła do wyłuszczenia tegoż palca i głębokich nacięć dookoła na granicy zdrowej skóry, a gdy nekroza dalej się posunęła, ta sama przyczyna — wysoka ciepłota i bóle, zmusiły do dokonania amputacyi stopy nad kostkami. Nie idąc za zbyt radykalnemi wskazówkami Manteuffla, udało się zachować przeszło trzy czwarte części goleni.

W drugim przypadku przedstawia kol. B. symetryczną nekrozę połówek obu stóp, a przeprowadziwszy różniczkowe rozpoznanie między chorobą Raynauda, cukrzycą, zgorzelą z zadziałań chemicznych, stwierdza, że na opisany obraz złożył się u tego chorego zespół cierpień: kiła, miażdżyca tętnic i odmrożenie. Przebieg w tym wypadku jest o tyle szczęśliwy, że zgorzel od tygodnia stanęła na miejscu, a bezgorączkowy i niebolesny przebieg pozwala na leczenie zachowawcze i wyczekiwanie demarkacyi. (Streszczenie własne.)

W dyskusyi zabrali głos kol.: Wojciechowski i Krzyształowicz.

III. Kol. Dr Mostowska przedstawia 3 przypadki:

1) Chory, który przed 3 laty doznał **przestrzału uda** powyżej kolana, wskutek czego wytworzyła się martwica obu kłykciów kości udowej. Wykonano zabieg, polegający na usunięciu wszystkich obumarłych części kości, przyczem okazało się, iż martwicy uległa także okostna. Pozostawiono ranę aż do zupełnego zagojenia, poczem postanowiono następowo wykonać przeszczepienie kości.

2) Chory z brakiem II. III. IV. palca ręki lewej oraz ostatniego członu palca I. Wykonano zabieg, polegający na usunięciu płata mięśniowokostnego z śródręcza celem **umożliwienia chwytu** między palcem V. a kikutem kciuka. Wynik zadowalniający.

3) Chory, cierpiący na zaparcie i wdęcie od 4 lat. Początkowo nic stanowczego rozpoznać nie było można. Leczono przypadek jako przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i wycięto wyrostek bez wyniku. Wreszcie ustalono zapomocą Röntgena u chorego **megacolon** Hirschprunga i wykonano **ileosigmoideostomię.** Wynik tego zabiegu narazie jeszcze niepewny. Pozostaje w razie wyniku ujemnego dokonanie resekcyi rozszerzonej pętli esowatej, który to zabieg jest najradykalniejszym i daje w tych przypadkach najlepsze wyniki. (Streszczenie własne.)

IV. Kol. Michejda przedstawia:

1) Chorego z **malum Rusti**, leczonego operacyjnie metodą Albeego, zmodyfikowaną odpowiednio do danego przypadku.

2) Dwóch chorych z bardzo rozległemi **zranieniami czaszki** (kość czołowa i częściowo ciemieniowa) bez żadnych objawów nerwowych. U jednego z nich pękniętą oponę twardą zaszyto z dobrym wynikiem.

3) Chorego z ostrem **zapaleniem wyrostka robaczkowego,** zapóźno operowanego. Przebieg pooperacyjny powikłany był wytworzeniem się przetoki kałowej, z powodu której w czasie późniejszym wybrano resekcyę jelita cienkiego na dużej przestrzeni z dobrym wynikiem.

W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Radliński.

V. Kol. Hładij przedstawił:

1) Chorego, u którego z powodu **raka pętli esowatej** wykonał z powodzeniem **resekcyę całego jelita grubego.**

2) Chorego z **guzem powłok brzusznych,** zawierającym zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy, który przebiwszy otrzewną, wypadł do powłok. Prawdopodobnie chodziło o przepuklinę śródścienną.

3) Chorego z raną **postrzałową prącia** po operacyi plastycznej, polegającej na wytworzeniu nowego worka mosznowego i założeniu »boutonnière« u podstawy prącia.

4) Chorego z **resekcyą jelita z powodu gruźlicy.** (Przypadek ten będzie ogłoszony drukiem).

Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 24 kwietnia 1918.

(w klinice chorób wewnętrznych.)

Przewodniczący: kol. prezes prof. Krzyształowicz Członków obecnych 17.

I. Kol. Prezes uczcił w krótkiem przemówieniu pamięć ś. p. Dr Antoniego Marsa, profesora położnictwa i ginekologii na Uniwersytecie lwowskim, byłego prezesa i członka honorowego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przemówienia tego obecni wysłuchali stojąc.

II. Prof. Rosner przedstawia **jaje płodowe dwutygodniowej ciąży,** pochodzące z poronienia; w tym przypadku jaje wydzieliło się z macicy wraz z odlewem całej doczesnej. Jestto jedno z najmłodszych jaj płodowych, znanych w literaturze; jest tem rzadsze, iż pochodzi z poronienia, zazwyczaj krwotok, powstały przy poronieniu, niszczy jaje płodowe. Wszystkie dotychczas otrzymane wczesne jaja płodowe pochodzą ze zwłok. Prelegent omawia przy tem sposób implantacyi jaja w macicy i sposób jego odżywiania.

III. Kol. Borowiecki przedstawił:

1) Przypadek **syryngomyelii** o typie pachymeningitycznym. Chory l. 43, żonaty, rolnik, z rodziny nieobarczonej chorobami nerwowemi, nie nadużywał alkoholu, nie przechodził kiły ani innych ciężkich chorób, nie doznał urazu. W zimie r. 1917. zaczął cierpieć na bóle nóg i krzyża, wkrótce potem na bóle tułowia na wysokości serca, wreszcie bóle ramion i karku. Wkrótce po bólach wystąpiło osłabienie nóg, a wkrótce potem osłabienie prawej ręki. W chwili przyjęcia do kliniki w październiku r. 1917 skarżył się chory na niemożność chodzenia, dosyć rozległe bóle opasujące w okolicy górnej części tułowia i palenie po wewnętrznej stronie kończyny górnej. Badanie stwierdziło paraplegię spastyczną kończyn dolnych, niedowład kończyny górnej prawej, zajmujący głównie drobne mięśnie ręki, oraz zaburzenia czucia dolnej części ciała, sięgające na tułowiu na trzy palce powyżej sutków, oraz lżejsze nieco na prawej ręce i przedramieniu po wewnętrznej jego stronie.

Po wykluczeniu stwardnienia rozsianego ze względu na wybitne zaburzenia czucia, bóle korzonkowe, brak drżenia oczu, mowy skandowanej, drżenia zamiarowego, dalej po wykluczeniu zmian kiłowych (meningomyelitis luetica), ze względu na ujemny wynik odczynu Wassermanna z płynu mózgowordzeniowego i ze krwi oraz ujemny wynik energicznego leczenia przeciwkiłowego, pozostały do rozpatrzenia w pierwszej linii: syryngomyelia, guz rdzenia kręgowego i zmiany opon części szyjnej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica). Syryngomyelia w swej klasycznej postaci ze zmianami w drobnych mięśniach rąk, dyssocyacyą czucia i bardzo powolnym rozwojem przedstawia się inaczej, również guz zewnątrzrdzeniowy mógł być pominięty (brak objawów Brown-Séquarda, brak asymetryi objawów), pozostało zatem wahanie pomiędzy guzem wewnątrzrdzeniowym, a zmianą opony twardej. Dość rozlany charakter bólów opasujących i bolesności kręgosłupa nakazywał ostrożność w kierunku rozpoznania guza wewnątrzrdzeniowego, z drugiej strony jednak analogia rozwoju tego przypadku z rozwojem guza wewnątrzrdzeniowego, w szczególności wstępujący rozwój objawów oraz możliwość ewentualnej pomocy operacyjnej nawet w razie istnienia guza wewnątrzrdzeniowego skłaniały do wykonania próbnej laminektomii. Operacya, wykonana przez kol. doc. Radlińskiego w części górnej grzbietowej i dolnej karkowej kręgosłupa, wykazała lekkie zmiany zapalne (zrośnięcie rdzenia i opon między sobą) oraz jamę rdzenia, wielkości orzecha laskowego o ścianach, wytworzonych z rdzenia. Śladów guza nie odnaleziono. Za sprawą zapalną przemawiał również wynik badania płynu mózgowordzeniowego, przedstawiający odczyn Nonne-Apelta dodatni, oraz lekką plecocytozę, (7 ciałek komórkowych w 1 mm^3). Przypadek ten zasługuje na bliższą uwagę z dwóch względów: 1) z punktu widzenia różniczkowej dyagnostyki pomiędzy guzem wewnątrzrdzeniowym, syryngomyelią i zmianani opony twardej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica) 2) z punktu widzenia patogenezy syryngomyelii, stanowiąc przykład syryngomyelii pochodzenia zapalnego.

2) Przypadek **przestrzału obydwu płatów potylicznych** ze znacznymi obustronnymi ubytkami pola widzenia oraz agnozyą optyczną: Chory był 11. III. 1915 raniony kulą w głowę. Kula przeszła na wylot tylną część czaszki, poczem chory stracił na jakiś czas przytomność. Kiedy powrócił do przytomności, nie widział nic i myślał, że ma oczy wybite. Nawet światła nie dostrzegał. Powoli jednak zaczął widzieć i wzrok mu się poprawiał. Od lata 1917 r. stan ma nie ulegać zmianie. Obecnie chory skarży się na bóle i zawroty głowy, upośledzenie wzroku, trudność oryentacyi w mieście, w klinice. Zaburzenia najważniejsze chorego odnoszą się do sfery wzrokowej, przedewszystkiem wykazuje on obustronne ubytki pola widzenia, hemianopsyę lewostronną, głównie w odcinku dolnym. Dalej ocenia on odległość przedmiotów błędnie, sięga zazwyczaj za blizko, barwy niezawsze rozpoznaje, a zwłaszcza z pamięci podaje określenia barw wadliwie (n. p. niebo pogodne jest białe), z trudem pojmuje obrazki, powoli poznając szczegóły i z trudem układając je w jedną całość, niekiedy nie rozpoznaje przedmiotów na obrazku, jakkolwiek kształt i barwę ich podaje (n. p. sito nazywa obręczą). Wreszcie oryentuje się wadliwie, z trudem uprzytomnia sobie, którędy wszedł do pokoju i t. d. Zaburzeń afatycznych, alektycznych i agraficznych chory ten nie wykazuje.

Przypadek ten da się zawrzeć w ramach projekcyi siatkówki na korze mózgowej według Henschena, która w doświadczeniach wojennych znalazła silne poparcie. Poparcia tego można dopatrywać się w tym przypadku w wypadnięciu większem, bo obustronnem i znaczniejszem dolnej połowy pola widzenia, co jest według materyału wojennego najczęstsze, oraz w przechodzeniu granicy pomiędzy utraconem a zachowanem polem widzenia przez plamkę żółtą, co odpowiada również ścisłej reprezentacyi plamki w korze mózgowej, głoszonej przez teoryę Henschena. Poza tem chory ten przedstawia dość ciężki i charakterystyczny obraz zaburzeń optyczno-agnostycznych, czyli, mówiąc inaczej, ślepoty psychicznej lżejszego stopnia. Ślepota i ślepota psychiczna po uszkodzeniu płatów potylicznych jako ciężkie stany znane były już przed wojną. Po raz pierwszy opisane zostały u zwierząt, operowanych przez Munka. Doświadczenia wojenne przekonały nas, że ślepota psychiczna w swej ciężkiej postaci jak i ślepota są nadzwyczaj rzadkie i nie trwają długo, przedstawione wyżej zaburzenia optyczno-agnostyczne są natomiast dość częste i długotrwałe. Zarówno ślepota psychiczna, jak zaburzenia optyczno-agnostyczne zdarzają się wbrew przekonaniu, panującemu prawie niepodzielnie dotychczas, iż zdarzają się one tylko przy obustronnem dotknięciu płatów potylicznych, zarówno przy uszkodzeniu jednego, jak i obu płatów potylicznych. Również hemianopsya nie ma być koniecznym warunkiem ślepoty psychicznej.

Dyskusya: Kol. doc. Radliński wykonał u pierwszego chorego laminektomię na wysokości VII. kręgu szyjnego i pierwszego piersiowego, przyczem stwierdził, że opona twarda jest gruba i silnie napięta, wypukla się do rany; po przecięciu jej okazało się, iż tuż za nią wewnątrz rdzenia, który tu posiada tylko cienkie blaszki, znajduje się jama wielkości orzecha laskowego, wypełniona krwawym płynem, wylewającym się po otwarciu jamy pod ciśnieniem. Poniżej i powyżej, o ile stwierdzić zdołano, rdzeń jest prawidłowy. Na zasadzie tego kol. Borowiecki wnosi, iż chodzi tu o ognisko zapalne rdzenia.

Nawiązując do drugiego przypadku, stwierdza R, że rany postrzałowe mózgu naogół goją się źle z powodu łatwo występującego ropienia, wywołującego objawy nawet po upływie szeregu tygodni i miesięcy. W listopadzie 1916 r. dokonał R. u jednego chorego, który kilka miesięcy przedtem był ranny, trepanacyi czaszki w celu wydobycia odłamka granatu, znajdującego się w płacie potylicznym. (Wlot przez jamę oczodołową ze zniszczeniem gałki ocznej). Odłamek ten, wielkości członu palca, znajdował się w jamie, wypełnionej ropą; pomimo to wygojenie poszło gładko. Operowany wysłany został jako względnie zdrowy z kompanią robotniczą na front. Obecnie po upływie przeszło roku dostał się znów na oddział chirurgiczny z powodu oderwania wybuchem bomby obu rąk. Ze strony mózgu żadnych zaburzeń nie miewał.

IV. Kol. Artwiński wygłosił wykład p. t.: **W sprawie nerwic urazowych.** Mimo rozbieżności poglądów teoretycznych w sprawie nerwic urazowych doświadczenie wojenne wyłoniło pewne poglądy, które przez różne szkoły mogą być uznane za wspólne. Dorobkiem takim jest: 1) pomyślniejsze, niż dotychczas przypuszczano, rokowanie; 2) zależność przebiegu nerwic urazowych od czynników czysto osobistych (pożądania, życzenia, lęki), nic wspólnego nie mających z urazem; 3) doniosły wpływ racyonalnego leczenia na przebieg nerwic urazowych. Jako konsekwencya praktyczna: jednorazowe szybkie odszkodowanie i leczenie neurotyków w specyalnych dla tego celu przeznaczonych lecznicach, które powinny powstać zarówno w interesie poszkodowanych, jak i społeczeństwa. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 1 maja 1918.

Przewodniczący: Kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 35.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Nowotny wygłosił wykład p. t.: **O fizyologii migdałka.** (Wykład pojawi się drukiem w ramach monografii o migdałku).

Dyskusya: 1) Kol. prof. Klecki zaznacza, że zdanie, przytoczone przez prelegenta, jakoby leukocyty pochłaniały tylko martwe bakterye, nie zgadza się ze spostrzeżeniami wielu bardzo autorów (Miecznikowa i jego szkoły), dowodzącemi niezbicie, że i żywe bakterye mogą być przez leukocyty pochłonięte.

2) Kol. prof. Krzyształowicz stwierdza, że Miecznikow w badaniach swych nad fagocytozą poszedł stanowczo za daleko, wierdząc n. p., że i siwienie włosów polega na fagocytozie. Nie zmniejsza to jednak wcale zasług tego niepospolitego umysłu.

Prócz tego w dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. prof. Klecki i prelegent. Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Polski Zjazd w sprawie wyludnienia.

Zjazd w sprawie wyludnienia organizuje Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi i nierządem w Warszawie przy współudziale delegatów wszystkich instytucyi lekarskich, prawniczych i pedagogicznych w Warszawie; do udziału w organizacyi Zjazdu zostali zaproszeni przedstawiciele uniwersytetu krakowskiego, lwowskiego i warszawskiego. Organizatorowie Zjazdu starają się dla Zjazdu o protektorat Rządu polskiego resp. Ministerstwa zdrowia publicznego.

Zjazd ma się odbyć w Warszawie 1—3 listopada 1918.

Prace Zjazdu obejmą trzy główne działy: 1) Walka z chorobami wenerycznemi i nierządem. 2) Organizacya ochrony macierzyństwa, opieki nad dziećmi i zwalczanie sztucznego ograniczania przyrostu ludności. 3) Walka z klęskami nędzy i wojny.

Stosownie do tego utworzyły się trzy komisye, do których weszli: 1) Przewodniczący Dr A. Kozerski (delegat Stowarzyszenia lekarzy polskich), I zastępca prof. Łazowski (del. Stowarzyszenia nauczycielskiego), II zastępca i gospodarz Dr W. Wesołowski (z ramienia polsk. Tow. walki z chor. wener.), sekretarz Dr Krzywski (inspektorat W. p.) i Dr A. Racinowski, członkowie Dr Robert Bernhardt (szpital św. Łazarza), Dr J. Wiśniewski (szp. ewangelicki), p. Kołaczkowska (Chrześc. Ochrona kobiet), p. Idzikowska (Przystań dla kobiet i Wydział obyczajowy magistratu m. Warszawy), mec. Popowski (del. Koła prawników). — 2) Przewodniczący Dr Wł. Szenajch (del. Ministerstwa zdrowia i Tow. medycyny społecznej), zastępcy Dr Anders (prezes Tow. pedyatrycznego), mec. G. Cederbaum (del. Stow. prawników), sekretarze Dr R. Stankiewicz (del. szpitala dziecięcego im. Karola i Maryi) i inż. Sokal (przewodniczący Wydziału ochrony pracy w Ministerstwie), członkowie mec. Manteuffel, mec. Ettinger jun., Dr Budzińska-Tylicka, gospodarz Dr Rygier-Cękalski (del. Polsk. Tow. walki z chor. wener.). — 3) Przewodniczący prof. L. Krzywicki (prezes Polsk. Tow. statystyków i ekonomistów), zastępcy Dr A. Ciąglński (del. Sekcyi szpitalnej m. Warszawy) i Dr L. Karwacki (del. Sekcyi zdrowotności publ. m. Warszawy), sekretarze p. Librach, gospodarz Dr H. Nusbaum (del. Polsk. Tow. walki z chor. wen.), członkowie Dr Szmurło (del. Tow. przeciwgruźliczego), Dr S. Rudzki (przedstawiciel Ministerstwa zdrowia), prof. Dr K. Rzętkowski (Uniwersytet warszawski), mec. Kijeński (Stow. prawników).

Oprócz tego będą utworzone sekcya gospodarcza i prasowa.

Na przedstawicieli Zjazdu poza Warszawą zostali zaproszeni: prof. Dr Ciechanowski i prof. Dr Krzyształowicz w Krakowie, prof. Dr Łukasiewicz, prym. Dr Lenartowicz, prezydent Izby lek. Dr Papée i Dr Zofia Daszyńska-Golińska we Lwowie, Dr Chłapowski i Karwowski w Poznaniu, Dr Szuman i Steinborn w Toruniu.

W każdym z 3 działów Zjazdu będą się odbywać tylko posiedzenia plenarne. Jako tematy obrad ustalono:

W I dziale: Współczesny stan chorób wenerycznych i nierządu na ziemiach polskich. Współczesny stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Lekarskie, prawne i społeczne metody walki z chorobami wenerycznemi i nierządem.

W II dziale: Współczesny stan ochrony macierzyństwa i opieki nad dziećmi na ziemiach polskich. Śmiertelność wśród dzieci w Polsce i jej statystyka. Walka z ograniczeniem przyrostu ludności — lekarska, prawna i społeczna.

W III dziale: Współczesny stan odżywiania ludności na ziemiach polskich. Metody walki ze złem odżywianiem. Współczesny stan gruźlicy w Polsce i metody walki z gruźlicą. Stan chorób zakaźnych ostrych (dur plamisty, czerwonka i t. d.) i metody ich zwalczania.

Każdy temat przedstawią referenci z każdej z dzielnic. Referaty o zwalczaniu klęsk przedstawione będą przez lekarza, prawnika lub socyologa i pedagoga. Referaty będą zakończone wnioskami (dezyderatami). Streszczenia referatów muszą być na 6 tygodni przed Zjazdem przesłane Komitetowi Zjazdu, każdy mowca zaś musi swe wnioski wręczyć na posiedzeniu sekreta-

rzowi posiedzenia, by mogły być pomieszczone w Pamiętniku Zjazdu.

W sprawach ogólnych Zjazdu należy zwracać się na razie do redakcyi pisma p. t. »Zagadnienia rasy«, Warszawa, Jerozolimska 66, m. 2, w sprawach działu I do Dr Ad. Kozerskiego, Hortenzya 6, działu II do Dr Szenajcha, Krak. Przedmieście 54 lub Ministerstwo zdrowia publ. Marszałkowska 154, w sprawach działu III do Dr A. Ciąglińskiego, ul. Kopernika 11.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. VI. posiedzenie, na którem Dr Rogalski i Dr Rychliński przedstawili chorych, poczem Dr Rychliński miał wykład o ciąży zewnątrzmacicznej.

— Na wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« złożył dar Dr T. Pisarski.

Warszawa. Nagrodę im. Dr Dobrzyckiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Teodorowi Heryngowi za pracę o stosowaniu terapii inhalacyjnej w zdrojowiskach.

— Polskie Towarzystwo walki z nierządem i chorobami wenerycznemi wydawać ma od lipca b. r., jako swój organ, nieperyodyczne pismo p. t. »Zagadnienia rasy z punktu widzenia zdrowia społecznego«. Redaktorami są Dr Leon Wernic, prezes Towarzystwa i Dr W. Wesołowski, wydawcą Dr J. Wiśniewski, do komitetu redakcyjnego należą z Warszawy minister Dr Chodźko, Dr Ciągliński, Kozerski, prof. Loth, Dr H. Nusbaum, Racinowski, Szenajch, prof. K. Stołyhwo, Dr Trenkner, z Krakowa prof. Ciechanowski i prof. Krzyształowicz, ze Lwowa prym. Lenartowicz, z Poznania Dr Karwowski, z Płocka Dr Maciesza, z Torunia Dr Steinborn, z Drohiczyna A. Wysłouch.

— Doc. Dr Władysław Janowski powrócił z Rosyi do Warszawy i objął swoje stanowisko w szpitalu Dz. Jezus.

Redakcya otrzymała: Wernic: Współczesne poglądy na pochodzenie, rozpoznawanie i leczenie róży. (Dodatek do Medyc. i Kron. lek. 1918). — Klęsk: Człowiek w kajdanach zmysłów. Tarnów 1918. Nakładem autora. Str. 56.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1918. Zesz. 6.

Zeszyt czerwcowy zawiera dwie rozprawy prof. Langsteina: 1) O kile wrodzonej. 2) O ochronie dzieci i niemowląt, oraz przegląd nowszych prac pedyatrycznych, zestawiony przez Dr Rhonheimera.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1918.

Gazeta lekarska Nr 21—23: J. Jaworski: Antoni Noga-Mars (wspomnienie pozgonne) (21). — Serkowski: Torbiel sarkosporidiowa (22). Dobrowolski (dok. 22). — Jonscher: O ponownem występowaniu zlepników we krwi (23—24). — Szymański: Rozszczepienie tętnicy głównej (23). — Popiel: Wiek pierworódek, a przebieg porodu (24).

Zdrowie Z. 5. (Maj): Polak: 1) W sprawie organizacyi państwowej zdrowia publicznego. 2) Przyczynek do statystyki śmiertelności w Warszawie. — Nr. 6. (Czerwiec): Dobrzyński: Szkic projektu reformy mieszkaniowej. — Adamski: Mieszkania suterenowe. — Bier: W sprawie utworzenia w Polsce ministerstwa zdrowia. — Polak: Odpowiedź na powyższe uwagi.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Do tego numeru załącza się uwagi Dra St. Kurkiewicza p. t. **„O konieczności źródłosłowowo-swojskiego słownictwa zawodowego“.**

Rok LVII. Kraków, 6. lipca 1918. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr. 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

IV.

O zachowaniu się azotu pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał [1])

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr farm. A. Gottesmanna z Budapesztu.

Jednem z najtrudniejszych zadań lekarza w przypadkach zapalenia nerek jest ocena jego pod względem ciężkości przebiegu, i to tak w najbliższym czasie, jak w dalszej przyszłości; to pytania, na które odpowiedzi wymaga od nas zawsze rodzina chorego, i to w najszybszym czasie. Nie wystarczyło nam dotychczas w tym kierunku nawet najszczegółowsze kliniczne badanie moczu, oznaczanie, choćby codzienne, ilości białka w moczu, zachowanie się osadu moczowego, a nawet dokładnej dobowej ilości moczu. Przypomnę choćby tylko to, jak nieraz groźniej przedstawia się przypadek schorzenia nerek z dużą ilością moczu, a małą białka i nieprawidłowego osadu moczowego, niż drugi, przebiegający przeciwnie z małą ilością moczu, dużą białka i osadu, zawierającego obfite wałeczki i inne składniki nieprawidłowe. Wyjątek stanowią chyba przypadki skrajnego zmniejszenia się dobowej ilości moczu, aż do zupełnego bezmoczu, który z pewnem zastrzeżeniem zapowiada wprost, że sprawa, tocząca się w nerkach, jest bardzo poważna i grozi zupełnem zatrzymaniem się końcowych produktów przemiany materyi, które po czasie nie mogą być obojętne dla tkanek żywych, mogąc wywołać objaw t. zw. zatrucia moczem z ostatecznym wyrazem, to jest mocznicą. Obraz, powiedzmy, makroskopowy moczu, będąc w pierwszym rzędzie wyrazem anatomicznego stanu nerki, nie daje nam właściwie głębszego pojęcia o fizyologicznej sprawności nerki, która jedynie rozstrzyga o następstwach sprawy chorobowej dla całego ustroju. Nie zmiana anatomiczna, tocząca się w nerkach, lecz na tle jej powstające zaburzenia głębszej czynności i fizyologicznej sprawności nerek, to rzecz najważniejsza, która będzie rozstrzygać o przyszłości danego przypadku. Ocena funkcyonalna nerek zatem, to podstawa rokowania o przebiegu i o przyszłości dotkniętego osobnika. W każdym więc przypadku klinicznym schorzenia nerek dążeniem naszem musi być badanie t. zw. funkcyonalne nerek, celem dojścia do pojęcia, czy i w jakim stopniu stan anatomiczny wpłynął na sprawność ich w danym przypadku, bo wtedy dopiero dojdziemy do zupełnego urobienia sobie zdania o jego stanie klinicznym.

Na podstawie dotychczasowych badań miarę sprawności nerek stanowi przedewszystkiem ich zdolność do wydzielania ciał, prawidłowo przez nie wydzielanych, więc wody, soli kuchennej i azotowych produktów rozpadu białka. Mniej może wyników praktycznych dostarczyło nam szczegółowe badanie chemiczne samego moczu, którego celem było obliczenie ilościowe tych ciał, wydzielonych drogą moczu; ścisłe rozumowanie zaś skłoniło przedewszystkiem do poszukiwania tych ciał we krwi, ewentualnie w tkankach dotkniętego osobnika. Upośledzenie wydzielania drogą nerek czy to wody, czy to soli kuchennej lub też produktów rozpadu białka logicznie musi w następstwie wywołać zatrzymywanie i nagromadzanie się ich w nadmiernej ilości z jednej strony w surowicy krwi, a z drugiej w tkankach i przepojenie ich temi ciałami. Może mniej niebezpieczne dla życia tkanek jest zatrzymanie wody i soli kuchennej, bo groźne następstwa jego dadzą się niejako powstrzymać przez ograniczenie wprowadzania ich do ustroju. Najgroźniejszem zaś, jak doświadczenie poucza, jest nagromadzenie się w ustroju produktów rozpadu białka, jako następstwo białkowej przemiany materyi, zwłaszcza, że nagromadzenie się tych ciał, wywołane niesprawnością nerek, nie da się powstrzymać ani przez ograniczenie ilości wprowadzonego białka, ani przez odżywianie osobnika tylko tłuszczowo-węglowodanowe, a nawet przez zupełne głodzenie. Stąd wniosek, który wysuwa przedewszystkiem z naciskiem Volhardt, że najważniejszą czynnością nerek, której wstrzymanie musi sprowadzić śmierć, jest zdolność wydzielania produktów azotowych rozpadu białka. Wykazanie zatrzymywania się i nagromadzania się ich w ustroju, to podstawa oceny ciężkości danego przypadku schorzenia nerek. Jasnem jest, że tych N-ciał szukać będziemy przedewszystkiem w surowicy krwi, licząc się jednak z tem, że tak samo ważne, a może nieraz i ważniejsze będzie dla ustroju gromadzenie się ich w tkankach, ale wykazanie ich tu za życia osobnika usuwa się z pod naszych badań. Wobec pewnej równoległości jednak między nagromadzeniem się N-ciał we krwi i w tkankach oznaczenie ich zawartości tylko we krwi może i musi nam służyć jako dostateczny wykładnik ich zawartości w całym ustroju.

Przechodząc do techniki samych badań, przypomnę, że uczeni francuzcy ograniczali się przeważnie do oznaczania we krwi ilości nagromadzonego mocznika, uważając go za najważniejszy produkt rozpadu białka i przemiany materyi białkowej wogóle. Niemiecka szkoła oznaczała zaś przeważnie całą ilość azotu pozabiałkowego surowicy krwi, t. zw. azotu resztującego (R-N), rozumiejąc przez to tę ilość azotu, którą zawiera krew lub też surowica krwi po strąceniu całej ilości białka rodzimego surowicy lub też krwi całkowitej; stąd nazwa azotu pozabiałkowego lub też resztującego (R-N). Inni autorowie znowu ograniczali się tylko do oznaczania dalszych produktów białkowej przemiany materyi poza mocznikiem, więc kwasu moczowego, indykanu, kreatyny i t. d. Rzętkowski n. p. oznaczał zawartość t. zw. N-formolowego, a wreszcie Amerykanie Christian, Frothingam, O. Hare, Woods oznaczają t. zw. Residual-N, to jest azot krwi, pozostający po odtrąceniu od całej liczby azotu pozabiałkowego, azotu mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego i indykanu i t. d. to jest ciał, dających się ściśle określić. Dążnością tych wszystkich badań jest nietylko wykazanie nagromadzenia się N-ciał przemiany materyi białkowej, lecz przedewszystkiem stwierdzenie, które z nich jest przyczyną zatrucia ustroju w chwili, gdy sprawność nerki odmówi posłuszeństwa. Nie chcąc wchodzić w szczegóły tej cząsteczkowej analizy N-ciał we krwi, i to przedewszystkiem w przypadkach schorzenia nerek, zatrzymam się szczegółowo nad naszymi wynikami, które otrzymaliśmy w naszych przypadkach ostrego zapalenia nerek. Zaznaczyć muszę, że w naszych przypadkach oznaczaliśmy przedewszystkiem

[1]) Według wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

całą zawartość azotu pozabiałkowego we krwi, bo, obejmując wszystkie ciała azotowe białkowej przemiany materyi, możemy dojść do najogólniejszego pojecia o zaburzeniach sprawności nerek, dotyczących wydzielania produktów rozpadu białka. Ten sposób postępowania może nam dać temsamem podstawę dostateczną do oceny klinicznej naszych przypadków i dalszego rokowania w ich przebiegu, a tę sprawę chcieliśmy przedewszystkiem omówić dokładnie. Pytanie, które z tych N-ciał ma najważniejsze znaczenie przy zatruciu (nerkowem) ustroju, to muzyka przyszłości; na nie może później będziemy się starali odpowiedzieć.

Co do sposobu postępowania w naszych przypadkach zaznaczyć muszę, że oznaczanie azotu pozabiałkowego (R-N) wykonywaliśmy nie w całej krwi, lecz tylko w samej surowicy, którą odbiałczaliśmy sposobem, podanym przez Oszackiego, przy użyciu $1^1/_2$-procentowego octanu uranowego. Sposób ten odbiałczania surowicy krwi, jako najprostszy a pewny, nadawał się najlepiej w naszych warunkach szpitalnych. Zaznaczyć jednak należy, że odbiałczanie surowicy było zupełne tylko wtedy, jeżeli używaliśmy świeżo sporządzonego lub najwyżej dwutygodniowego do trzytygodniowego rozczynu octanu uranowego, na co należy zwrócić szczególną uwagę, bo w przeciwnym razie liczba, wyrażająca azot pozabiałkowy, będzie zbyt wysoka wobec resztek białka, które nie zostało wytrącone z surowicy. Dla pewności płyn, uzyskany po odbiałczeniu, należy od czasu do czasu zbadać co do zawartości białka, ażeby nie dojść do fałszywych wyników. Po odbiałczeniu surowicy oznaczaliśmy azot sposobem Kjeldahla, z tą odmianą, że siarkan miedzi zastępowaliśmy octanem uranowym in substantia, co nam ułatwiało spalanie ciał azotowych, zawartych w badanym płynie. Oznaczanie wykonywaliśmy zwykle w 5 cm sz. surowicy, więc w ilości, dającej się łatwo uzyskać w każdym przypadku. Licząc się z faktem, że spożycie większej ilości białka czy to chwilowo, czy to na dłuższy czas może zwiększyć liczbę N-ciał w surowicy krwi, nasze badania przeprowadzaliśmy zawsze w surowicy uzyskanej na czczo lub też po skromnem, o ile możności bezbiałkowem pierwszem śniadaniu, i to zawsze o pewnej stałej godzinie. Krew uzyskiwaliśmy przez nakłucie żyły pośrodkowej (vena mediana), a nie napotykaliśmy przy tem prawie nigdy na trudności, któreby nam uniemożliwiały uzyskanie potrzebnej ilości krwi u badanego osobnika. Nakłucie żyły przeprowadzaliśmy zawsze w godzinach między 10. a 11. przedpołudniem, i to przy stałej dyecie małobiałkowej, która nie mogła sztucznie wpływać na podwyższenie azotu pozabiałkowego w surowicy. W tych warunkach uzyskane liczby możemy uważać za dostatecznie podmiotowe.

W tych warunkach liczba prawidłowa N-pozabiałkowego, u zdrowego osobnika, wynosi 20—30 mg. w 100 cm. sz. surowicy, i to przy odbiałczaniu sposobem Oszackiego; przy innych sposobach odbiałczania, n. p. przez zakwaszanie i gotowanie, liczba dla N-pozabiałkowego jest nieco wyższa, tak, że przy tych badaniach należy zawsze podać sposób, którym surowicę pozbawiono białka.

Na moim oddziale mając przedewszystkiem przypadki ostrego schorzenia nerek, zatrzymam się w tej pracy nad wynikami, uzyskanymi w przypadkach ostrego schorzenia nerek, w których tak rokowanie jak i leczenie zależy często właśnie od zatrzymywania się N-ciał rozpadu białka w surowicy krwi. Liczba ogólna przypadków, badanych przezemnie w tym kierunku, które możemy uwzględnić w obecnej pracy, wynosi 67 przypadków. Z tych w pewnej liczbie zawartość N-pozabiałkowego badaliśmy tylko raz jeden, i to w tych, w których liczba N była nizka, a przebieg kliniczny nie ulegał zmianom niekorzystnym. W innych przypadkach znowu oznaczanie N-pozabiałkowego powtarzaliśmy co parę dni lub tygodni, i to zwłaszcza w przypadkach klinicznie ciężkich. Chciałbym właśnie zwrócić uwagę na te badania okresowe, powtarzane co jakiś czas, i to zwłaszcza w przypadkach ostrego zapalenia nerek, w których liczby dla R-N w surowicy były wysokie, ponad miarę prawidłową, a przebieg kliniczny był ciężki, połączony z wahaniami tak w kierunku korzystnym, jak i niekorzystnym. Wahania liczby R-N w surowicy krwi w tych przypadkach były właśnie jednym z najważniejszych nieraz wskaźników przebiegu przypadku.

Co do postaci klinicznej przypadków przez nas badanych zaznaczę, że należały one częścią do grupy schorzeń, w których przeważało zajęcie anatomiczne miąższu nerkowego pod postacią przedewszystkiem zwyrodnienia nabłonków, więc postacie, które obejmujemy nazwą nefrozy, częścią zaś przeważały postacie, które musimy zaliczyć do spraw nerkowych zapalnych w ścisłem słowa znaczeniu (nephritis sens. str.), z zajęciem przedewszystkiem kłębków nerkowych (glomerulonephritis), lub też z naciekami zapalnymi w tkance pozakłębkowej (nephritis interstitialis). Nie uwzględniamy zaś przypadków zapalenia nerek przewlekłego, a zwłaszcza spraw z przewagą miażdżycy naczyń nerkowych. Dodam, że mając małe doświadczenie, zwłaszcza dotyczące kontroli pośmiertnej nerek w naszych przypadkach, nie mogę zabierać głosu w sprawie podziału schorzeń nerkowych, lecz będę się trzymać dziś podziałów cudzych, uwzględniając przedewszystkiem podział, podany przez Volhardta i Fahra.

Ze względu na wysokość liczby azotu pozabiałkowego we krwi nasze przypadki możemy podzielić w ogólności na dwie grupy, z których pierwsza obejmuje te, w których znaleźliśmy w surowicy krwi liczbę prawidłową, a druga przypadki z liczbą zwiększoną N. pozabiałkowego we krwi.

I. grupa.

W jedną grupę łączymy tu przypadki z liczbą prawidłową dla N. pozabiałkowego we krwi, i to bez względu na postać i przebieg ich kliniczny. Suma przypadków, należących do grupy I. wynosi 20, to jest 29,8% wszystkich przez nas uwzględnionych przypadków; dodam, że wszystkie należą do postaci ostrego schorzenia nerek, w których badania nasze przeprowadzaliśmy przeważnie w pierwszym lub w pierwszych tygodniach zachowania.

Liczba N. pozabiałkowego wahała się w tych przypadkach w granicach między 30 a 40 mg. w 100 sz. surowicy krwi, a średnio wynosiła 36,3 mg. Dla bliższej oryentacyi w szczegółach podaję poniżej w krótkości przypadki z ważniejszemi datami klinicznemi wraz z liczbą dla N. pozabiałkowego; przy wynikach badania moczu nie podaję jednak bliższych danych, więc n. p. ani obecności, ani rodzaju wałeczków, lecz tylko parę dat, dotyczących zachowania się białka, C. g. moczu i krwi w osadzie, bo te są mi najbardziej potrzebne do dalszego rozpatrywania przypadków.

Przypadki o prawidłowej liczbie (20—40 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Bilek 42. l. 4. tydzień choroby, obrzęki znaczne, serce powiększone lekko. P = 60 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1‰—0·5%, C. g. 1034—1020, w osadzie krwi brak, R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

2. Toldi 37. l. 10. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce nie powiększone, wątroba macalna. Mocz: białko, 2·3‰, C. g. 1030, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 38 mg.

3. Daczka 48. l. 8. dzień choroby, obrzęki średnie, serce lekko powiększone. Mocz: białko, 2·25‰, C. g. 1025, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

4. Kiss 19. l. 5. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce lekko powiększone, P = 52 na min. Mocz: białko 3‰, C. g. 1026, w osadzie krwi brak, napady mocznicy drgawkowe, śmierć. R-N w 100 cm sz. 36·4 mg., śmierć wśród napadów drgawek, tuż po nakłuciu żyły.

5. Łukasik 20. l. 7. dzień choroby, obrzęki małe, serce prawidłowe, P = 68 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 10‰, C. g. 1016, w osadzie bardzo liczne ciałka czerwone krwi. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

6. Zach 47. l. 2. miesiące choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 64 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·1‰, C. g. 1014. w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 36·2 mg.

7. Podobny 44. l. 14. dzień choroby, obrzęki średnie, serce lekko powiększone, P = 78 na min., wątroba macalna. Mocz: białko 3‰, C. g. 1026, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

8. Babickovic 34. l. 3. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 1‰—0·4‰—0·5‰, C. g. 1024—1022—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 36·6 mg.

9. Cebula 46. l. 2. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1‰, C. g. 1018, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi. R-N w 100 cm sz. 36·6 mg.

10. Liczul 22. l. 2. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 10‰—3·2‰, C. g. 1026—1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

11. Kiselow 22. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, wątroba powiększona, śledziona powiększona, w moczu białka brak (nephritis analbuminurica). R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

12. Tressing 32. l. 10. dzień choroby, ślad obrzęków, serce

bez zmian, P = 72 na min. Mocz: białko 0·5‰. C. g. 1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

13. Tartek 28. l. 2. tydzień choroby, obrzęki nieznaczne, serce bez zmian. Mocz: białko 0·5‰ C. g. 1022, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

14. Scharf 31. l. 12. dzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 60 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·75‰—2‰, C. g. 1020—1028, w osadzie mierna ilość krwi. R-N w 100 cm sz. 36·4 mg.

15. Balogh 28. l. 12. dzień choroby, obrzęki silne, serce bez zmian, P = 52 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 3‰, C. g 1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

16. Stiasny 49. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone lekko, wątroba macalna, P = 42 na min. Mocz: białko 1·5‰—0·75‰, C. g. 1020—1012, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

17. Opheut 21. l. 3. tydzień choroby, obrzęków brak, serce bez zmian, P = 72 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 0·3‰, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

18. Chomiak 24. l. 5. dzień choroby, obrzęki średnie, P = 42 na min., wątroba lekko powiększona, w moczu białka brak (nephritis analbuminurica). R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

19. Jindra 47. l. 8. dzień choroby, brak obrzęków, serce bez zmian. Mocz: białko 0·5‰—0‰, C. g. 1020—1016, w osadzie mierna ilość ciałek czerwonych krwi. R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

20. Niebyłowicz 19. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce lekko powiększone, P = 64 na min. Mocz: białko 1·2‰—2‰, C. g. 1016, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, mocznica. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

Pierwszy rzut oka na powyższe zestawienie wykazuje, że spotykamy tu przypadki, klinicznie bardzo różne od siebie, i to począwszy od postaci bezobrzękowych z małą ilością białka, więc zajęcia nerek przelotnego (nephritis levis fugax), jak n. p. przyp. 17. 19. i 12. i postacie zapalenia nerek bezbiałkowego (nephritis analbuminurica), które omawialiśmy w poprzedniej pracy. Obok tych stwierdzamy najczęściej przypadki typowej sprawy zwyrodnieniowej nerek (nephritis acuta), jak n. p. przyp. 4. 10. i 15. i inne, wreszcie, choć rzadziej, i przypadki typowego ostrego zapalenia nerek przedewszystkiem kłębkowego (glomerulonephritis acuta), jak n. p. przyp. 5. 9. 14. i 20. Łączą się tutaj przypadki bez obrzęków z innymi o miernych lub i bardzo silnych obrzękach, przypadki z małą, lecz i dużą ilością białka w moczu, ze zmniejszoną, i to znacznie, albo prawidłową lub też ze zwiększoną ilością moczu, skąpym lub bardzo obfitym osadem moczowym, zawierającym wałeczki o rozmaitych formach i różnej ilości, bez lub też nieraz z obfitą domieszką krwi, z prawidłowym lub też ze zwiększonym ciężarem gatunkowym moczu.

Uwzględniwszy już te przypadki, możemy stanowczo twierdzić, że prawidłowa liczba dla N. pozabiałkowego w surowicy krwi nie jest cechą charakterystyczną dla pewnej jednostki klinicznej; na podstawie nizkiej liczby dla R-N niemamy prawa rozpoznawać pewnej typowej postaci, w naszych przypadkach ostrego, schorzenia nerek. Bez względu na wysokość R-N możemy mieć do czynienia w danym przypadku czy to z ostrą nefrozą, czy to z typowem ostrem zapaleniem nerek kłębkowem lub też śródmiąższowem i t. d. Jeżeli uwzględnimy badania cudze, jak i skąpe nasze badania, przeprowadzone w przypadkach przewlekłego schorzenia nerek, których nie przytaczam na tem miejscu, to dojdziemy do przekonania, że zdanie to jest słuszne nietylko w ostrych, ale i w przewlekłych nefrozach, czy też w przewlekłych sprawach nerkowych ściśle zapalnych.

Wziąwszy na uwagę jednak przebieg kliniczny przypadków przytoczonych powyżej, widzimy wprawdzie, że chociaż one różniły się znacznie od siebie tak pod względem stopnia obrzęków, jak i innych objawów ogólnych, których z braku miejsca nie umieszczamy w zestawieniu, to przecież wszystkie okazują w ogólności pewną wspólną stałą cechę, a mianowicie pewną łagodność przebiegu klinicznego. Przeważna część przypadków przebiegała, jak widzimy, z obrzękami, które z początku dochodziły nieraz do znacznych rozmiarów, ale we wszystkich obrzęki, a również i przesięki w jamach surowiczych zmniejszały się szybko, a wreszcie ustępowały zupełnie, i to przeważnie w krótkim przeciągu czasu od chwili, gdy chory dostał się do łóżka, gdy mu podano dyetę małosolną i ograniczono ilość spożywanych płynów. Szybko również ustępowały objawy nieżytu oskrzelowego, tak zwykłego powikłania zapalenia nerek, dalej i stan serca poprawiał się szybko, bo tony serca stawały się głośniejsze, a tętno, z początku nieraz znacznie zwolnione, zbliżało się do liczb prawidłowych. Objawy ogólnego schorzenia, jak osłabienia i t. d., wyrównywały się równolegle szybko, ustępując miejsca poczuciu wracającego ozdrowienia. Nawet i zmiany nieprawidłowe moczu, które trwały najdłużej ze wszystkich objawów patologicznych, nie były tak uporne, jak w przypadkach grupy dalszej. Przedewszystkiem wzrastała rychło dobowa ilość moczu i zjawiała się wybitna polyurya, ilość białka zmniejszała się, ilość wałeczków malała szybko, a przedewszystkiem wnet znikała z moczu domieszka krwi. Uderzającem w tej grupie przypadków jest przy tem i to, że tylko w dwu z nich (przyp. 4. i 20.) spostrzegaliśmy objawy mocznicy, tak zresztą częstego powikłania przy zapaleniu nerek »wojennem« żołnierzy. Zauważyć należy przytem, że w przypadku 20. objawy mocznicy były bardzo krótkotrwałe, a mianowicie ból głowy, nudności i lekkie drgawki z bardzo krótkotrwałem zaćmieniem przytomności ustąpiły w niem szybko, tak, że chory po miesięcznym pobycie w szpitalu opuścił oddział bez obrzęków i ze śladem ledwie białka w moczu. Niekorzystnie z tej grupy przebiegł tylko jeden przypadek (przyp. 4.), a dodam, że zejście śmiertelne u tego chorego nastąpiło wśród objawów napadu drgawkowego mocznicy. Ze względu na pewne ciekawe szczegóły kliniczne przytoczę ten przypadek poniżej.

Chory Kiss J., lat 19, przybył na oddział 2. VI., a umarł 4. VI. 1917 r. o godz. 9½ rano. Wywiady: Obciążenia dziedzicznego niema; prócz dziecinnych chorób nie chorował K. nigdy, a zwłaszcza nie przebywał nigdy zapalenia nerek. Obecna choroba rozpoczęła się przed czterema dniami wśród objawów lekkiego bolu gardła, bolów głowy, kaszlu, bolów w nogach, do których wnet przyłączyły się postępujące szybko obrzęki, najprzód twarzy, potem kończyn i całego ciała; mocz oddaje skąpo. — Stan obecny: Budowa silna, skóra blada; twarz silnie nabrzękła, podobnie jak i tułów, kończyny dolne obrzękłe znacznie mniej; gardło lekko rozpulchnione, zaczerwienione, bez nalotów; gruczoły chłonne na szyi nieco obrzękłe; w płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego i lekkie przesięki w obu jamach opłucnych; stłumienie serca miernie powiększone w kierunku poprzecznym; nad końcem serca i nad tętnicą główną I. ton głuchy, drugi nad aortą wzmocniony; T = 52 uderz. na min.; w brzuchu mierna ilość płynu przesiękowego; wątroba macalna; odruchy kolanowe wzmożone, przytomność utrzymana, lecz senność wyraźna; od czasu do czasu skłonność do wymiotów; ciepłota prawidłowa. — Mocz: ilość dobowa = 300 cm. sz., barwa winno-żółta; mętny; oddziaływanie kwaśne; c. g. 1026; białko w ilości 3‰ (Essbach); chlorki prawidłowe; krwi brak; w osadzie liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe, pojedyncze ciałka czerwone i białe. — Rozpoznanie: nephrosis acuta. — Przebieg: 3. VI. popołudniu typowy napad mocznicy z zupełną nieprzytomnością i drgawkami ogólnemi; 4. VI. o godz. 9. rano wśród napadu drgawkowego mocznicy wykonano nakłucie żyły pośrodkowej i upuszczono 300 cm. sz. krwi; o godz. 9,30′ napad drgawek mocznicowych, wśród którego chory zakończył nagle życie z początku napadu. — Sekcya, wykonana 5. VII. wykazała obraz nerki, typowy dla ostrej nefrozy, a przytem silnego stopnia ostre zwyrodnienie mięśnia sercowego. — Badanie krwi z dnia 4. VI., tuż przed śmiercią chorego, wykazało 36,4 mg. azotu pozabiałkowego w 100 cm. sz. surowicy krwi.

Epikrisis: W tym przypadku podnieść należy bardzo gwałtowny przebieg ostrej nefrozy, przy trwaniu sprawy chorobowej około jednego tygodnia, a zwłaszcza obecność małej ilości R-N przy istnieniu napadów mocznicowych, jak i wynik badania pośmiertnego, które wykazało silne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Przyczyny śmierci muszę się dopatrywać przedewszystkiem w stanie mięśnia sercowego, tak, że śmierć nagłą u chorego musimy uważać jako pochodzenia przedewszystkiem sercowego, a nie nerkowego, bo za tem przemawia prócz tego względnie dostateczna ilość dobowa moczu, prawidłowa zawartość w nim chlorków, jak i mała liczba R-N, o czem wspomnimy jeszcze poniżej.

Pomijając ten jedyny przypadek śmiertelny, na podstawie dokładnego spostrzegania reszty przypadków z grupy I., uwzględniając przy tem spostrzeżenia innych autorów, musimy przyjść do przekonania, że prawidłowa (nizka) liczba N pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadku ostrego zapalenia nerek jest jednym z ważnych objawów, dającym nam możność korzystnego rokowania w danym przypadku czy to nefrozy, czy też właściwego zapalenia nerek.

Twierdzenie to jest jednak słuszne tylko o tyle, o ile ro-

zumiemy przez to, że dotyczącemu osobnikowi nie grozi niebezpieczeństwo ze strony nerek, które są wówczas zdolne do wydzielania produktów rozpadu białkowej przemiany materyi, najniebezpieczniejszych dla życia tkanek ustroju. Pamiętać jednak musimy o tem, że w przebiegu ostrego zapalenia nerek powstają tak często poważne zmiany w narządzie krążenia, które omówiłem szczegółowo w jednej z moich prac poprzednich, a na które zwracają uwagę także inni autorowie, lecz przedewszystkiem przy sprawach nerkowych przewlekłych. Rokowanie zaciemnić i sprowadzić mogą właśnie te zmiany w narządzie krążenia, tak, że musimy szczegółowo uwzględnić stan serca i naczyń obwodowych, jeżeli na podstawie nizkiego R-N chcemy dany przypadek uważać za przypadek łagodny. Nie potrzebuję dodawać, że i powikłania ciężkie ze strony innych narządów mogą wpłynąć niekorzystnie na przebieg ostrego zapalenia nerek, bo to rozumie się samo przez się. Prawidłowa liczba azotu pozabiałkowego wskazuje na łagodny charakter przypadku tylko o tyle, o ile i w dalszym przebiegu następne badania dadzą wynik jednakowy pod względem jej zachowania się. Pewnie, że badania nie będziemy musieli powtarzać w przypadkach, i tak zresztą klinicznie korzystnych. Przy przebiegu mniej korzystnym jednak będziemy musieli powtórzyć nasze badania krwi po pewnym okresie czasu, a wtedy powtórnie stwierdzona prawidłowa liczba R-N, mimo może upornego przebiegu klinicznego, pozwoli nam przecież rokować korzystnie. Podnieść bowiem należy to, że stwierdziliśmy przypadki, w których, nieraz i w najbliższym czasie, przeprowadzone badanie krwi wykazało przy drugiem badaniu już podwyższenie ponadprawidłowe liczby azotu pozabiałkowego, a przebieg ich był ciężki, oporny, więc nie tak łagodny, jak poprzednich. Przytoczę tu jeden z takich przypadków.

Chory Sellner, lat 25, przebywał w szpitalu od 4. VI. do 18. VI. 1917. r. — Wywiady: Chory od dni ośmiu; zachorował wśród objawów bolów w krzyżach, bolów głowy i postępujących obrzęków. — Stan obecny: Bardzo silny ogólny obrzęk; w płucach rozległy nieżyt i przesięki w obu jamach opłucnych; serce lekko poprzecznie powiększone, tony serca czyste; T = 48 uderzeń na min.; w brzuchu przesięk dość obfity; wątroba powiększona. Chory wybitnie senny, silny ból głowy. — Mocz: 5. VI. ilość dobowa = 400 cm. sz., mięsisto zabarwiony; oddziaływanie kwaśne; c. g. 1018; białko 15‰, krew obecna; w osadzie liczne wałeczki różnopostaciowe, liczne ciałka czerwone krwi. — Badanie krwi: 6. VI. R-N = 40 mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi — upuszczono wówczas 500 cm. sz. krwi przez nakłucie żyły. — Przebieg: 10. VI. chory wyraźnie zamroczony, brak łaknienia, nudności i wymioty; obrzęk bardzo silny; ilość moczu skąpa, w nim obfita domieszka krwi. 15. VI. przytomność znacznie upośledzona, nudności, wymioty, silne bole głowy; obrzęki bez zmian; ilość moczu dobowa = 1800 cm., ilość krwi mniejsza, ilość białka = 3‰. — Krew: 15. VI. R-N = 64,4 mg. w 100 cm. sz. surowicy. 18. VI. od czasu drugiego nakłucia żyły, przy którem upuszczono po raz drugi 500 cm. sz. krwi, obrzęki zaczęły się szybko zmniejszać, ilość dobowa moczu wzrosła powyżej 2000 cm. sz., a objawy mocznicowe wnet znikły zupełnie.

Epikrisis: Przebieg uporny pod względem obrzęków; objawy mocznicy bez drgawek wybitne, trwające w silnym stopniu przez cały tydzień wśród spostrzegania zwiększania się liczby R-N w surowicy krwi; lecz i w tym przypadku pod koniec pobytu w szpitalu zwrot korzystny w przebiegu klinicznym.

Ale przyszłość dalsza przypadków grupy I. nie musi być zawsze tak korzystna, jakby to się wydawało na podstawie powyższych przypadków, bo i te z prawidłową liczbą N pozabiałkowego niezawsze ulegały wyleczeniu zupełnemu. Na podstawie literatury, ale i naszego doświadczenia stwierdzić mogliśmy, że przypadki z nizkiem R-N w późniejszym czasie okazywały czasem przebieg przewlekły z ciężkiemi następstwami, a w okresie końcowym spotykano w nich później wysoką liczbę N pozabiałkowego we krwi przy ogólnych ciężkich objawach klinicznych. Wśród naszych przypadków spotykamy jeden typowy przykład, którego dla braku miejsca nie chcę szczegółowo przytaczać. U tego chorego, który przed 13 miesiącami przebył ostre zapalenie nerek, badanie wówczas wykazało prawidłową liczbę N pozabiałkowego. Stan ciężki trwał u niego podówczas przez jeden rok, poczem nastąpiło cofnięcie się obrzęków i innych ważniejszych objawów klinicznych, lecz zmiany w moczu utrzymywały się dalej. Podczas pobytu w czerwcu 1917. r. (w 13 miesięcy po rozpoczęciu się sprawy chorobowej) stan ogólny był ciężki, obrzęki znaczne, chory był stale zamroczony, nudności i bóle głowy stałe, w moczu ilość białka dochodziła do 9‰, a liczba dla R-N wynosiła wówczas już przy pierwszem badaniu 117,6 mg., a w 11 dni później 123,2 mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi. Przykłady podobne znajdujemy w piśmiennictwie nieraz, tak, że sprawy tej więcej nie poruszam.

Kończąc omówienie grupy pierwszej naszych przypadków, możemy wynik streścić w krótkości następująco: W przypadkach ostrego schorzenia (zapalenia) nerek na szczycie sprawy chorobowej, wśród i pomimo najcięższych objawów klinicznych, stwierdzenie prawidłowej liczby azotu pozabiałkowego w surowicy krwi pozwala na rokowanie korzystne, przedewszystkiem co do najbliższej przyszłości przypadku; dalsze stałe utrzymywanie się prawidłowej liczby R-N pozwala nam nie obawiać się najcięższego powikłania zapalenia nerek, to jest mocznicy, i mimo ciężkich objawów klinicznych daje podstawę do korzystnego rokowania w danym przypadku. Mimo prawidłowej liczby R-N nie wykluczone jest jednak przejście przypadku w stan przewlekły, chociaż, zdaje się, nie należy ono do objawów częstych. Pamiętać jednak należy o tem, że liczba azotu pozabiałkowego krwi w ostrych schorzeniach nerek jest tylko wskaźnikiem zajęcia nerek, który dozwala nam sądzić o braku niebezpieczeństwa, grożącego tylko ze strony nerek, podczas gdy zaburzenia przedewszystkiem narządu krążenia mimo to mogą stać się przyczyną niekorzystnego (śmiertelnego) zakończenia przypadku, i to w pierwszym rzędzie znowu w sprawach nerkowych ostrych.

(Dokończenie nastąpi).

W sprawie reformy studyów lekarskich.

Napisał*)

Prof. Dr Teofil Zalewski.

Zastanawiając się nad reformą studyów uniwersyteckich, musimy sobie zdać sprawę, że uniwersytet, to profesorowie i słuchacze, od ich doskonałości zależą najwięcej wyniki nauki uniwersyteckiej; staranny dobór jednych i drugich powinien być troską uniwersytetu.

Braki naszego szkolnictwa średniego odczuwamy wszyscy. Wymagania w szkole średniej pod wpływem opinii społeczeństwa stale obniżano. Wynikiem tego jest napływ uczniów mało uzdolnionych, którzy jednak przy obecnym systemie przechodzą gimnazyum i mają wstęp do uniwersytetu otwarty, tworząc tam balast, obniżający poziom studyów uniwersyteckich. Zamknięcie tym niezdolnym drogi do uniwersytetu jest rzeczą konieczną.

Podnosi się, że czas studyów lekarskich jest za krótki i że trzeba przedłużyć studya o rok lub nawet półtora. Na podobne postawienie sprawy możnaby się zgodzić dopiero wtedy, gdybyśmy zdołali dowieść, że w inny sposób nie da się złemu zaradzić. Jeżeli obliczymy rok roboczy najpilniejszego słuchacza uniwersytetu, to przekonamy się, że wynosi on tylko 150 dni, resztę roku stanowią wakacye, w czasie których ani z wykładów, ani z zakładów słuchacz nie korzysta i podczas których rozleniwia się gruntownie. Jeżeli rok roboczy słuchacza uniwersytetu przedłużymy o dni 100, to w ciągu pięciu lat nauki zyskamy ten rok czy półtora z nadwyżką. Przeprowadzenie tej reformy może nastąpić zaraz, a przeprowadzenie jej leży w rękach profesorów; skasowanie rozmaitych »świąt« powinno nastąpić od przyszłego półrocza szkolnego. Rok szkolny i wykłady powinny zaczynać się od 15 września, a kończyć 30 czerwca. Półrocza powinny być równe, a przerwa między półroczami powinna być najwyżej tygodniowa. Po rozpoczęciu półrocza powinien osobiście zgłosić się słuchacz do profesora, przeprowadzenie zaś wpisu formalnego może nastąpić i później.

Jestem bezwzględnie za kontrolowaniem, czy słuchacze uczęszczają na wykłady; kontrolę tę może przeprowadzać tylko profesor. Nie jest to zamach na wolność akademicką, kontrola ma na celu ukrócić swawolę, której w naszych uniwersytetach bodaj czy nie jest więcej, niż gdzieindziej.

Jestem przeciwny t. z. półroczu rygorozalnemu. Słuchacz, który nietylko »słucha«, ale i uczy się, zda egzamin w swoim czasie, nie tracąc nic z wykładów. Zmuszanie pilniejszych do

---

*) Za zgodą autora został artykuł z powodu braku miejsca przeszło do połowy skrócony. Redakcya.

przedłużania studyów tylko dlatego, że to byłoby ułatwieniem dla mniej pilnych, uważam za rzecz szkodliwą.

Przyjmując znaczne przedłużenie roku roboczego, można w planie nauki ograniczyć nieraz ilość godzin tygodniowo, przeznaczonych na poszczególne przedmioty.

Nie byłbym za wprowadzeniem napowrót wykładów zoologii i botaniki; wiadomości dostateczne powinien wynieść słuchacz z gimnazyum, wykłady biologii, odpowiednio urządzone, powinny uzupełnić ogólne wykształcenie przyrodnicze. Embryologię najodpowiedniej byłoby połączyć z biologią. Nauczanie fizyki musi bezwarunkowo uledz zmianie. Nauka fizyki powinna być wstępem do nauki fizyologii i obejmować przedewszystkiem te działy, które są potrzebne słuchaczowi medycyny. Naukę histologii można zaczynać już w pierwszem półroczu. Co do ćwiczeń w prosektoryum, to uważam ćwiczenia te na pierwszym roku za przedwczesne; słuchacz powinien naprzód obeznać się z całą anatomią na gotowych preparatach, a następnie dopiero przystąpić do preparowania. Pogłębienia powinna bezwarunkowo doznać nauka chemii, szczególnie pod względem praktycznym. Uważam za pożyteczne wprowadzenie wykładów psychologii; oczywista rzecz psychologia musi być traktowana z przyrodniczego punktu widzenia.

Z klinik niezbędne są klinika wstępna dla medycyny wewnętrznej i klinika chirurgii ogólnej.

Przy układaniu planu wykładów powinno przyjąć się za zasadę, że ilość godzin wykładowych dziennie powinna wynosić najwyżej pięć, uwzględnić bowiem trzeba, że słuchacz medycyny od początku swych studyów musi poświęcać prócz tego jeszcze bodaj dwie godziny dziennie na ćwiczenia praktyczne.

Zdawna odczuwamy, że o ile słuchacze nasi wynoszą dostateczne wiadomości z teoretycznej medycyny, o tyle wykształcenie z przedmiotów klinicznych jest niedostateczne; słuchacz medycyny ma za mało sposobności do badania chorych. Dlatego też odpowiednie urządzenie zajęć praktycznych z przedmiotów klinicznych jest rzeczą konieczną. Zajęcia te są możliwe tylko grupami po kilku lub kilkunastu; z tego powodu powinny ambulatorya kliniczne być czynne na wszystkich klinikach w jednych i tychsamych godzinach, by w ten sposób umożliwić słuchaczom udział. Wyobrażam sobie, iż możnaby słuchaczów podzielić na grupy i każda grupa miałaby wyznaczony swój dzień w tygodniu do pracy w ambulatoryum danej kliniki. W ten sam sposób urządzićby można ćwiczenia w sekcyach anatomopatologicznych.

Uważam za pożyteczne, by wykłady przedmiotów klinicznych były ujęte w system. Wykłady od wypadku do wypadku wytwarzają w głowie słuchacza chaos i przynoszą małą korzyść. Pilniejsi słuchacze uzupełniają brak wykładów systematycznych podręcznikami, ubiega jednak dużo czasu, nim słuchacz na tyle pozna przedmiot bodaj teoretycznie, że z wykładów zdoła korzystać.

Uniwersytet daje minimum wykształcenia, jakie każdy lekarz bez względu na przyszłe zajęcie otrzymać musi, dlatego jakiekolwiek ułatwienia dla tych, którzy mieliby się poświęcić pewnej specyalnej gałęzi medycyny, obniżyłyby tylko wykształcenie specyalistów, zamiast je pogłębić.

Co do egzaminów, to zatrzymując do pewnego stopnia przymus co do czasu składania egzaminów, należy powrócić do dawnego sposobu egzaminowania. Instytucyę komisarza rządowego uważam za zupełnie zbędną.

Wszelkie reformy w nauczaniu na nic się nie przydadzą, jeżeli jednocześnie z tem nie nastąpi pomnożenie katedr. Wymagać obecnie, aby jeden profesor objął całą anatomię lub anatomię patologiczną albo też medycynę wewnętrzną lub chirurgię, jest to wymagać rzeczy niemożliwych. Wobec konieczności wprowadzenia ćwiczeń praktycznych w rozleglejszym niż obecnie stopniu, pomnożenie ciała nauczycielskiego jest niezbędne. Obowiązkiem uniwersytetu jest zachęcać młodych zdolnych ludzi do poświęcania się karyerze naukowej, obowiązkiem musi być też starać się zapewnić im bodaj minimum pewnej egzystencyi. Klinicyści mogą zarabiać praktyką, choć ta praktyka jest właśnie poniekąd przeszkodą w pracach naukowych, co jednak mają robić ci, co, nie mając majątku, mają chęć i zdolności do przedmiotów teoretycznych? Zaradzić temu można do pewnego stopnia przez stworzenie przy każdej katedrze zwyczajnej drugiej katedry nadzwyczajnego profesora. Profesor nadzwyczajny byłby zależny w wykładach swych od profesora zwyczajnego, przedewszystkiem jednak byłoby obowiązkiem jego prowadzić ćwiczenia praktyczne ze słuchaczami w sposób, przez profesora zwyczajnego wskazany.

Do obowiązków profesorów należy prócz nauczania i praca naukowa. Zadania i obowiązki profesorów są tak wielkie, że na poboczne zajęcia mieć czasu nie mogą. Z tego powodu profesorowie praktykę prywatną powinni jaknajbardziej ograniczyć. Wydatne podniesienie płac profesorskich jest jednak konieczne, obecne płace nie zabezpieczają nawet minimum egzystencyi.

Zakłady uniwersyteckie muszą być stosownie do zadań swych jak najlepiej uposażone. Zakłady nasze kliniczne stanowczo są za małe; wprawdzie kliniki mają zastrzeżone prawo wybierać sobie chorych z oddziałów szpitalnych, w praktyce jednak okazało się to niewykonalnem. Ilość łóżek w klinikach musi być znacznie zwiększona. Ujemną stroną naszych klinik jest zamykanie na czas wakacyjny; kliniki muszą być otwarte przez cały rok. Brakujące kliniki powinny być jak najspieszniej choćby prowizorycznie stworzone.

Rzeczą bardzo ważną jest dobór asystentów i lekarzy klinicznych. Aby ułatwić zdolnym młodym lekarzom pracę naukową w klinikach, powinno się od chwili wstąpienia zabezpieczyć im bezpłatne mieszkanie i utrzymanie; przypuszczam, że tyle bodaj jest warta praca lekarza choćby na drugi dzień po otrzymaniu dyplomu. Twierdzenie, że młody lekarz uczy się dla siebie i powinien być zadowolony, że ma sposobność do nauki, nie wytrzymuje krytyki: — niemniejszą korzyść ma i społeczeństwo, jeżeli ma wykształconych lekarzy.

W łączności z klinikami powinien być stworzony centralny zakład rentgenowski i centralna pracownia do badań chemicznych i mikroskopowych; zakłady te powinny zostawać pod kierunkiem docentów, względnie profesorów. W pracowniach tych mieliby obowiązek pracować lekarze klinik.

Utrudnieniem w pracy naukowej jest u nas brak odpowiednio zaopatrzonej biblioteki; należy dążyć, by nasze biblioteki kupowały więcej dzieł lekarskich, przytem, by nabywanie dzieł odbywało się z pewnym planem. Najkorzystniej możeby było stworzyć centralną bibliotekę lekarską dla zakładów lekarskich.

W końcu chciałbym dorzucić słów kilka o nauce otolaryngologii u nas.

Praca w otyatryi i laryngologii na ziemiach polskich natrafia na ogromne trudności z powodu braku warsztatów pracy. Uniwersytet krakowski posiada klinikę niedostateczną, a uniwersytet lwowski nie posiada wcale kliniki i musi zadowolić się ambulatoryum. Szpitale też nie rozporządzają specyalnymi oddziałami, a tylko wyjątkowo mają ambulatorya. Jeżeli porównamy rozwój otyatryi i laryngologii i świetny rozwój techniki operacyjnej w tych dziedzinach u nas i u innych, to przyznać musimy, żeśmy się znaleźli na szarym końcu, daliśmy się wyprzedzić nawet przez narody małe. Traci, oczywista rzecz, na tem nauka polska, traci cały naród moralnie: chorzy, nie znajdując odpowiedniej pomocy w kraju, masami wędrują do obcych. Czyż można się dziwić, że ci obcy mają o nas niepochlebne wyobrażenie? U nas zaś w kraju wyrabia się i utrwala przekonanie o niższości naszych zakładów uniwersyteckich i naszych lekarzy. Doznawałem zawsze bolesnego uczucia, widząc u naszych sąsiadów nawet na małych uniwersytetach odpowiednio urządzone kliniki, a gdy mnie pytano o stosunki u nas, wstyd mi było wyznać całą prawdę.

Z powodu tych stosunków wykształcenie specyalistów natrafia na duże trudności. Zaradzić temu jest rzeczą konieczną przez budowę odpowiednio urządzonych i uposażonych klinik. Jako minimum łóżek dla kliniki otolaryngologicznej uważam 40 do 50. Tymczasowo koniecznem jest dla uniwersytetu lwowskiego przeznaczyć bodaj kilkanaście łóżek dla kliniki otolaryngologicznej w szpitalu dla pomieszczenia tych chorych, którzy mają poddać się operacyi.

Przy obecnym rozwoju otyatryi i laryngologii kierownik kliniki musi być chirurgicznie wykształcony. Podobnież i asystenci muszą być chirurgicznie wykształceni; jako minimum chirurgicznego wykształcenia uważam dwuletnią praktykę w klinice chirurgicznej lub na oddziale chirurgicznym.

Co do samego nauczania, to uważam semestr siódmy i ósmy za najodpowiedniejszy do wykładów systematycznych, dobrzeby jednak było, by słuchacze już przedtem obznajmili się ze sposobami badania narządu słuchu i górnych dróg oddechowych. Wykład systematyczny uważam za nieodzowny, z wykładów od wypadku do wypadku słuchacze wynoszą małą korzyść; wykład powinien być ilustrowany odpowiednimi przypadkami klinicznymi lub ambulatoryjnymi. Praktycznie słuchacze powinni się uczyć grupami w poliklinice. Oczywista rzecz otolaryngologia powinna być przedmiotem egzaminu.

Dążąc do reform nauki uniwersyteckiej, powinno się dą-

żyć do ujednostajnienia jej we wszystkich uniwersytetach polskich bez względu na formy bytu politycznego, w jakich żyć nam przyjdzie.

O potrzebie studyum psychologii na Wydziale lekarskim

podał

Dr Hadryan Demianowski.

Między omawianemi zagadnieniami, dotyczącemi reformy studyum lekarskiego, brak jednego z najważniejszych, a mianowicie uzupełnienia studyum nauką psychologii, i to tak normalnej, jak i patologicznej. Na Wydziale filozoficznym w program egzaminu ścisłego bez względu na przedmiot główny wchodzi filozofia, a z nią i psychologia. Pierwszy okres studyów na Wydziale prawniczym obejmuje obowiązkowo także wykład z filozofii i psychologii. A przecież trudno sobie wyobrazić ściślejszy związek między dwiema dziedzinami wiedzy, jak ten, który zachodzi między psychopatologią kliniczną, a psychologią normalną.

Konieczność wcielenia psychologii w program nauk lekarskich może być rozpatrywana pod trzema względami: 1. Psychologia jako nauka przygotowawcza do kliniki psychiatrycznej. 2. Psychologia w zastosowaniu do reszty nauk lekarskich. 3. Psychologia jako nauka uzupełniająca całokształt wykształcenia.

Psychiatrya kliniczna stosunkowo mało korzysta ze zdobyczy innych nauk lekarskich; metody, któremi posługuje się przy łożu chorego, są przeważnie jej tylko właściwe, a różne od metod rozpoznawczych w cierpieniach somatycznych. Anatomia patologiczna, święcąca we wszystkich działach medycyny tryumfy, w psychiatryi daje wyniki bardzo skromne.

Wobec tego musiano przynajmniej na razie zrezygnować z możności poznania i zróżnicowania obrazu klinicznego na podstawach anatomopatologicznych, a rozejrzeć się za metodami innemi. Temi były metody i nauka psychologii. Zastosowaniu jej w psychiatryi klinicznej zawdzięczamy przedewszystkiem zaprowadzenie jakiego takiego ładu w systematyce chorób umysłowych, zmianę poglądów na istotę cierpień lub stanów poszczególnych, poznanie mechanizmu objawów, a nawet użyto tych metod, jako środka leczniczego.

Pojęcia i metoda badań psychologii obce są naukom lekarskim. Na klinikę wewnętrzną, czy chirurgiczną, przybywa studyujący z zasobem wiadomości pomocniczych z anatomii, fizyologii i patologii. Inaczej ma się rzecz z kliniką chorób umysłowych; tutaj wiadomości z anatomii i fizyologii schodzą na plan drugi. Pojęcia, jak czucie, wyobrażenie, pamięć, uwaga, kojarzenie, afekt, obce są medykowi, a przedewszystkiem obcy mu jest odmienny tor myślenia w psychologii (introspekcya). Bez znajomości psychologii normalnej ma operować zawiłemi pojęciami psychopatologii, analizować złożone stany psychiczne.

Psychologia ma szereg właściwych tylko sobie metod i niejako osobne swe »instrumentaryum«. Przed wstąpieniem na klinikę wewnętrzną, czy położniczą, słucha się osobnych wykładów o metodach badania. Metody natomiast badania psychiatrycznego, jak metody badania inteligencyi (Bineta, Gautera, Ebbinghausa, Henneberga, Finckha), pamięci (Kraepelina), zapamiętywania (Ziehena, Riegera), uwagi (Bourdona i Mikulskiego), metoda psychoanalityczna (Freuda), psychosyntezy (Bezoli), eksperyment psychogalwaniczny i t. d., to »terra ignota« dla lekarza. A cóż mówić dopiero o studyum psychopatologii ogólnej. Nowoczesnego wykładu psychiatryi, operującego pojęciami zupełnie obcemi dla lekarza bez wykształcenia psychologicznego, studyujący nie może zrozumieć, a co dopiero mówić o pracy samodzielnej na klinice.

Psychologia ma jednak znaczenie nietylko dla psychiatryi, ale dla wielu innych gałęzi medycyny. Nie można bez psychologii zrozumieć powstawania afazyi po uszkodzeniu ośrodków Broca czy Wernickego, a co więcej, zawiłych ich odmian i kombinacyi. To samo dotyczy aleksyi, agrafii lub ślepoty duchowej. Poglądy dzisiejsze na mechanizm nerwic są czysto psychologiczne. Rozpoznawanie histeryi nie odbywa się już przez wykluczenie tylko schorzenia organicznego. Czy wogóle istnieje jakieś schorzenie organiczne, któremuby nie towarzyszyły objawy psychopochodne? A odróżnienie ich od objawów czysto organicznych jest rzeczą bardzo ważną.

Psychiatrya najmniej zna te psychozy, które towarzyszą chorobom zakaźnym i gorączkowym, bo zbyt rzadko dostają się do rąk psychiatry, a lekarze interniści nie operują należycie psychiatryą.

Wszystkie czynności ustroju stoją pod kontrolą psychy, wpływ afektów na trawienie, oddychanie, układ krwionośny, wydzielanie, to rzecz ogólnie, choć pobieżnie znana. Ustrój psychiczny bardzo czule oddziaływa na zmiany w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. Wiemy, że rozmaite środki lekarskie działają u tego samego osobnika rozmaicie, zależnie od stanu psychicznego, a na odwrót działanie środków lekarskich, szczególnie narkotyków na ustrój psychiczny należy do zagadnień bardzo żywotnych w psychiatryi.

A sprawa psychoterapii? »Ut aliquid fieri videatur«, to psychoterapia w najpierwotniejszej postaci, później idzie poddawanie (sugestya) pod rozmaitemi postaciami, hypnoza, metoda katartyczna Breuera i Freuda, metoda psychoanalityczna i t. d. Większa znajomość mechanizmu psychologicznego objawów neurastenii bardzoby dodatnio wpłynęła na wybór stosowniejszego środka psycholeczniczego w tem cierpieniu w miejsce sugestyi pod postacią nastoju z kozłka, lub co gorzej bromu. Leczenie klimatyczne w bardzo dużym stopniu działa drogą psychiczną. Nie bez znaczenia dla nauki o działaniu środków lekarskich byłoby wiedzieć, ile z tego zapisać na rachunek sugestyi, i to tak w stosunku do chorego, jak i lekarza. Lekarz bowiem ulega jej nie mniej od chorego.

Nawiązanie kontaktu uczuciowego z chorym i jego otoczeniem, to warunek powodzenia lekarza. Wynik leczniczy w dużej mierze zależy od tego, czy ordynujący lekarz widzi tylko tyfus czy wadę serca, czy też chorego człowieka, czującego i myślącego, a cierpiącego na tyfus lub wadę serca.

Wreszcie słowo o roli psychologii w ogólnem wykształceniu. Całe nasze doświadczenie podzielić możemy na zjawiska materyalne i zjawiska świadomości. Wszystko, czego tylko poszukiwać możemy, leży w obrębie tych dwu dziedzin. Zjawiska materyalne doświadczać jednak tylko możemy drogą świadomości. Nauka medycyny uwzględnia tylko zjawiska materyalne; zjawiska świadomości należą do psychologii. Poznanie w dziedzinie świadomości wymaga innego toru myślenia. Dla dokładnego, wszechstronnego i plastycznego jednak objęcia i ujęcia całokształtu odgrywających się przed nami zjawisk, a zarazem dla łatwiejszego nawiązania kontaktu z innemi dziedzinami wiedzy ludzkiej, zwłaszcza, że wiele z nich, jak sztuka, pedagogika, prawoznawstwo lub kryminologia, nabierać zaczyna coraz bardziej charakteru »psychologicznego«, uwzględnić należy dziedzinę zjawisk świadomości. Dopiero w tem podwójnem oświetleniu umiejętność zbliża się do ideału każdej wiedzy, jednocząc w sobie cechy ἡ μάθημα i ἡ σωφία.

Wniosek: Istnieje konieczność uzupełnienia studyum lekarskiego wykładem psychologii wraz z ćwiczeniami (psychologia eksperymentalna).

Wykład będzie miał na celu: 1) przyczynić się do uzupełnienia wykształcenia lekarskiego, 2) uwzględnić potrzeby lekarza praktyka, jako psychologia lekarska, 3) przy równoczesnem uwzględnieniu psychopatologii ogólnej i sądowej stanowić studyum przygotowawcze do kliniki psychiatrycznej.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

potliwość stóp, Schweissfüsse.
pożądliwość, aviditas.
samorozkład, samostrawianie się, autolysis.
zarośnięty, atretisch.
charłactwo, choroba potarczyczna, athyreosis.
oddziaływanie odmienne, allergia.
olbrzymiość szczytowa, akromegalia.
nerwiak kikutowy, Amputationsneurom.
odnaczyniowy, angiogen.
przyszczepienie, anheilen.
wnikliwość, Penetrationskraft.
jamkowacenie, vacuolisatio.
niedoczuwanie bólu, hypalgesia.

wyjaławianie przerywane, fraktionierte Sterilisation.
jadzica (jad jako trucizna organizmowa wydzielnicza) toxinaemia, toxaemia. 7.

Emilia Gilewska.

(Wspomnienie pośmiertne).

Towarzystwo lekarzy galicyjskich otrzymało smutną wiadomość, że z końcem kwietnia zmarła w Meranie w 78. roku życia wdowa po Karolu Gilewskim, profesorze medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Emilia Gilewska dobroczynnością swoją zasłużyła się Towarzystwu lekarzy galicyjskich, które ją żegna z uczuciem żałoby i wdzięczności.

O profesorze Gilewskim młodsze pokolenie nie wiele słyszało. Podaję tu tedy kilka szczegółów. Katedrę, którą objął na wniosek Wydziału lekarskiego po ustąpieniu profesora Dietla, krótko tylko piastował. Zaraził się w klinice durem plamistym i zmarł w Krakowie po tygodniowej chorobie w kwiecie wieku dnia 15. czerwca 1871. Był człowiekiem niezwykłych zdolności. Po uzyskaniu doktoratu pracował w Wiedniu jako asystent na klinice Oppolzera, a później jako asystent przy katedrze chirurgicznej prof. Fr. Schuha, z którego córką się później ożenił. Ścisły i gruntowny spostrzegacz, dobry badacz naukowy, zeszedł za wcześnie dla nauki naszej. Był gorliwym nauczycielem i szczerym przyjacielem młodzieży, a przytem surowym jej sędzią. Charakteru nieskazitelnego, ale bezwzględnego, płynął czasem przeciw wodzie, nie bacząc na opinię otoczenia. Dał tego krótko przed zgonem szczególny dowód głośnem wystąpieniem w sprawie Dollingera. U kolegów krakowskich pozostawił dobrą pamięć. Wdowa pochowała go w majątku swoim w Oed w Niższej Austryi, dokąd odwieźli zwłoki przyjaciela profesorowie Biesiadecki i Madurowicz, tudzież deputacya uczniów Wydziału lekarskiego.

Młoda wdowa z dwiema córkami przeniosła się do Wiednia, a nie słyszałem, aby kiedy jeszcze kraj nasz odwiedziła, dała jednak dowód, że zawsze o nim pamiętała, a przy każdej sposobności, jak mi opowiadano, wspominała, że lata, wśród nas spędzone, zaliczała do najszczęśliwszych swojego życia.

W archiwum Towarzystwa naszego jest akt, w którym pani Gilewska oświadcza, że dowiedziawszy się od prof. Biesiadeckiego o istnieniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, które opiekuje się wdowami i sierotami po lekarzach, będzie przyczyniać się od czasu do czasu małymi datkami do polepszenia ich bytu. »Niech będę choć trochę pomocną tym wdowom i sierotom po lekarzach, które spotkał smutny los, jakiegom sama z mojemi dziećmi doznała«.

Minęło 47 lat od śmierci męża pani Gilewskiej, a ona odtąd dwa razy do roku, na Boże Narodzenie i w czerwcu, na rocznicę śmierci swego męża, przysyłała Towarzystwu lekarzy galicyjskich po 500 K dla wdów i sierot po lekarzach. Przez blisko pół wieku nigdy o datku nie zapomniała, nigdy się z datkiem nie opóźniała. W szczególnie trudnem znalazła się położeniu w r. 1914. W czasie Bożego Narodzenia, kiedy miała wysłać swój dar, Lwów był zajęty przez wojska rosyjskie, które już dotarły pod Kraków i przekroczyły północną granicę Węgier. Do Lwowa nie można było wysłać pieniędzy. W przypuszczeniu, że może prezes Towarzystwa lekarskiego pozostaje po austryackiej stronie frontu, a w takim razie opiekuje się wdowami, które musiały kraj opuścić, a wiedząc, że prezesem jest profesor Uniwersytetu, napisała list do prezesa, wysyłając go do Ministerstwa oświaty z prośbą, aby go adresatowi doręczyło. Ministerstwo istotnie prośbie tej zadość uczyniło i w ten sposób nawet wśród najgorszej zawieruchy wojennej zdołała pani Gilewska nie chybić terminu szlachetnej swej ofiary. Odtąd znów z dokładnością automatu płynęły zapomogi bez przerwy. Ostatni raz przysłała na Boże Narodzenie, jakby w przeczuciu śmierci, 1.000 kor., a więc 500 kor. już na rachunek roku 1918.

Pomoc, udzielana Towarzystwu przez długi szereg lat, była bardzo wydatną, a to szczególnie w początkach istnienia Towarzystwa, kiedy jeszcze było bardzo w środki niezasobne. Przysłane kwoty z początku w całości rozdzielano pomiędzy wdowy, później, gdy inne fundusze przybyły, dary kapitalizowano, ale odsetki zawsze na wsparcia używano. Wartość świadczeń pani Gilewskiej dla Towarzystwa przechodzi kwotę 100.000 kor., a fundusz skapitalizowany dochodzi do 40.000 kor. i będzie stanowić fundusz wieczysty Towarzystwa »imienia prof. Dr Karola Gilewskiego — ufundowany przez wdowę, Emilię z Schuhów Gilewską«.

Nie znałem pani Gilewskiej osobiście, nie widziałem jej nigdy. Z listów, które odbierałem, widać, że była pełną podniosłych i szlachetnych myśli, z tego, co o niej słyszałem, że była dobroczyńcą ubogich. Cudzoziemka ta miała piękną i wdzięczną duszę i zachowała aż do śmierci dobrą pamięć dla dni, które pomiędzy nami przeżyła i szacunek dla społeczeństwa naszego, które, wśród nas żyjąc, poznała. Cześć jej pamięci!

Prof. Machek, prezes Tow. lek. galic

Wiadomości bieżące.

Z powodu wielkich kosztów druku i braku papieru konieczna jest, jak już kilkakrotnie podnosiliśmy, treściwość i krótkość artykułów. Autorowie powinni poniechać długich wstępów, zawierających streszczenie dawniejszego piśmiennictwa, z historyi chorób przytaczać tylko charakterystyczne przykłady, i to podając w nich szczegóły tylko istotne, niezbędne, pomijać drobiazgowe opisy histopatologiczne obrazów znanych, rysunki zaś wtedy tylko dodawać, jeśli są bezwzględnie konieczne.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1918/19 wybrany został ponownie prof. Dr Emil Godlewski.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali p. Antoni Dydziul, rodem z Grezan na Litwie i p. Tadeusz Kosibowicz z N. Sącza.

Lwów. »Komitet odbudowy sanitarnej kraju« odbył pod przewodnictwem prof. Dr Halbana posiedzenie w d. 30. VI., z następującym porządkiem dziennym: Sprawozdanie prezydyum z załatwienia spraw poruczonych i z działalności samoistnej, obejmującej sprawę stosunku Komitetu do Centrali odbudowy Galicyi, sprawę wzorowej ochronki dla dzieci i zestawienie rozporządzeń dotyczących gruźlicy. Referaty: kraj. insp. Dr Krzyżanowskiego w sprawie zdrojowisk i uzdrowisk i w sprawie braku lekarzy powiatowych, insp. szpit. Dr Lipskiego w sprawie braku lekarzy szpitalnych i gminnych, prof. Halbana w sprawie inwalidów cywilnych, Dr Piepes-Poratyńskiego i prym. Dr Lenartowicza w sprawie braku środków aptecznych.

Warszawa. Staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wyszedł pod redakcyą Dr T. Borzęckiego »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1914—1916«. W ten sposób nawiązany został ciąg dalszy tego nadzwyczaj pożytecznego wydawnictwa, które zdawało się przez wojnę zachwiane. W trzechleciu 1914—1916 obejmuje »Przegląd piśmiennictwa« 1658 publikacyi; liczba ich spadła więc rocznie do $^1/_3$, gdyż w samym tylko roku 1913 wynosiła 1641.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 1 kor. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgarska 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej cena 11 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. Cz. I. i II. po 9 kor. 20 h.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.



Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

edakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęc. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha

Rok LVII. Kraków, 13 lipca 1918 Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



DR. LEON KONRAD GLIŃSKI

profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł w 48. roku życia dnia 7. lipca 1918.

Życiorys podamy w jednym z następnych zeszytów.

Ze szpitala garnizonowego Nr. 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

IV.

O zachowaniu się azotu pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał[1])

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr farm. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Dokończenie).

II. Grupa.

Do drugiej grupy zaliczyliśmy wszystkie przypadki ostrego schorzenia (zapalenia) nerek, w których liczba N-pozabiałkowego była wyższa ponad 40. mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi, a należy tu 47. uwzględnionych, to jest 72,2% wszystkich przypadków; spostrzeżenie, które daje nam podstawę do twierdzenia, że w ostrem zapaleniu nerek w ogóle przeważają przypadki ze zwiększeniem N-pozabiałkowego we krwi.

Ze względów klinicznych należy nam jednak grupę drugą podzielić na dwa poddziały. Do pierwszego (II. A.) zaliczymy przypadki, w których liczba N-pozabiałkowego wahała się w granicach między 40. a 100 mg. R-N w 100 cm. sz. surowicy krwi — zwiększenie średnie — i te wynoszą 59,7%, a do drugiego poddziału (II. B.) należą znowu przypadki, w których liczba N-pozabiałkowego była wyższa ponad 100 mg. w 100 cm. surowicy — zwiększenie znaczne, i te wynoszą 10,5% liczby przypadków uwzględnionych. Ten podział grupy drugiej jest wskazany ze względów praktycznych, ponieważ między obu poddziałami stwierdzamy wyraźne różnice pod względem przebiegu klinicznego.

Z poddziału II. A. zestawiam krótko zebrane najważniejsze, a najbardziej typowe przypadki w liczbie dwudziestu, a zaznaczam, że reszta (20 przyp.) nie odbiega znacznie od nich, chyba tylko pod względem częstości mocznicy, a częściowo i stopnia obrzęków ogólnych.

Przypadki o średniem zwiększeniu (40.—100 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Gregor 31. l. 14. dzień choroby, bardzo silne obrzęki, serce powiększone, P = 48 uderz. na min., wątroba lekko powiększona, napady mocznicy drgawkowe. Mocz: białko 12‰—8‰, C. g. 1018—1016, w osadzie krwi brak, później zamroczenia mocznicowe. R-N w 100 cm. sz. 17. IV. 86·8 mg. 25. IV. 75·6 mg.

2. Mies 50. l. 5. dzień choroby, obrzęki średnie, wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·75‰—2‰—3‰, C. g. 1023—1015—1023, w osadzie krew obecna, stan mocznicowy. R-N w 100 cm. sz. 64,4 mg.

3. Drociuk 48. l. 7. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone. Mocz: białko 5‰—7‰1·25‰, C. g. 1026—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 70 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

4. Weber 20. l. 2. tygodnie choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone. Mocz: białko 12‰—3‰—1·5‰, C. g. 1016—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 70 mg.

5. Mangi l. 20. 7. dzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 48 uderz. na min., Mocz: białko 13‰—7‰, C. g. 1020—1024, w osadzie nieznaczna domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 84 mg.

6. Szostak 33. l. 3. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 48 uderz. na min. Mocz: białko 5‰—3·6‰—2½‰, C. g. 1018—1015—1014, w osadzie krew obecna, stan mocznicowy. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

7. Bach. 26. l. 3. tygodnie choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 5·5‰—1‰—1·3‰—1‰, C. g. 1015—1018—1015—1020, ilość moczu: 1500—2400—1800, napady drgawkowe mocznicy. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg.

8. Meszaros 31. l. 2. tygodnie choroby, obrzęki silne, P = 56 uderz. na min. Mocz: białko 5‰—3·25‰, C. g. 1016—

1024, w osadzie bardzo skąpa domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 53·2 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

9. Kuczwara 42. l. 4. tygodnie choroby, obrzęki bardzo silne, wątroba powiększona. Mocz: białko 3·75‰—1‰, ślad, C. g. 1016—1022—1014, ilość moczu: 1500—2000—2500, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 27. V. 75·6 mg. 25. VI. 30·8 mg.; z końcem pobytu bez obrzęków i bez białka.

10. Besta 25. l. 14. dni choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 44 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 1·2‰—0·5‰, C. g. 1020—1014, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 81·2 mg., z końcem pobytu brak obrzęków.

11. Barczuk 51. l. parę miesięcy chory, obrzęki silne, serce bez zmian. Mocz: białko 6·5‰—4‰, C. g. 1016—1020. Ilość moczu: 1000—1000, w osadzie domieszka krwi silna. R-N w 100 cm. sz. 56 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

12. Vida 48. l. 10. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 40 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 10‰, C. g. 1018, ilość: 1000—1800—1300, krwi brak, stan mocznicowy (przy I. badaniu). R-N w 100 cm. 14. VI. sz. 56 mg. 24. VI. 44·8 mg. Obrzęki bardzo uporczywe.

13. Sądorak 19. l. 5. dzień choroby, obrzęki zaznaczone, serce małe, P = 90 uderzeń na min. Mocz: białko 3·1‰, C. g. 1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 53·2 mg.

14. Jakobac 19. l. 17. dzień choroby, obrzęków brak, P = 72 uderz. na min. Mocz: białko 0·75‰, C. g. 1016, w osadzie obfita domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 61·6 mg.

15. Schmied 32. l. 2. miesiące choroby, obrzęki małe, serce bez zmian, P = 72 uderz. na min. Mocz: białko 1‰ C. g. 1016, w osadzie obfita domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 53.2 mg.

16. Niewetz 19. l. 1. miesiąc choroby, obrzęki zaznaczone, P = 78 uderz. na min. Mocz: białko 1·5‰, C. g. 1016, ilość: 650, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg.

17. Nemec 39. l. 2. miesiąc choroby, obrzęki małe, serce powiększone, P = 68 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 1‰, C. g. 1016, w osadzie mierna ilość krwi. R-N w 100 cm. sz. 53·2 mg.

18. Asseg 45. l. 15. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 44 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 3·25‰—1·3‰, C. g. 1028—1016, ilość moczu: 700—3500—2900—2600, skąpa domieszka krwi w osadzie. R-N w 100 cm. sz. 50·4 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

19. Thomas 42. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 48 na min. Mocz: białko 12‰—3‰, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 5. X. 86·8 mg. 16. X. 33·5 mg. Obrzęki ustępowały wolno.

20. Łoś 45. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo znaczne. Mocz: białko 1·2‰, w osadzie krwi brak, napady drgawkowe mocznicy (w początku). R-N w 100 cm. sz. 44·8, pod koniec pobytu obrzęki ustąpiły.

Równocześnie podaję poniżej wszystkie, w liczbie 7, nasze przypadki o znacznem zwiększeniu N-pozabiałkowego, należące do poddziału II. B, zwracając w nich uwagę przedewszystkiem na wyniki badania krwi, przeprowadzanego okresowo, co pewien czas wśród przebiegu sprawy chorobowej.

Przypadki o znacznem zwiększeniu (wyżej 100 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Hodosan 25. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, tony serca głuche, P = 68 uderz. na min., wątroba prawidłowa. Mocz: białko 6‰—1·5‰—0·85‰, C. g. 1020—1012—1018, w osadzie zmienna, silna domieszka krwi, stan mocznicowy (zamroczenie, senność, ból głowy, nudności). obrzęki uporczywe, ustępują powoli, po 6. tygodniach ustąpiły zupełnie. R-N w 100 cm. sz. 26. IV. 109,2 mg. 12. V. 75·6 mg. 28. V. 40 mg.

2. Cita 46. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce prawidłowe, tony serca głuche, wątroba miernie powiększona. Mocz: białko 9‰—6‰—6‰, C. g. 1018—1016—1016, ilość moczu: 1000—750—2000, w osadzie krwi ślad, stan mocznicowy przez długi czas, pod koniec pobytu nudności i bóle głowy od czasu do czasu, obrzęki bardzo uporczywe, po 7. tygodniach bez zmian. R-N w 100 cm. sz. 12. V. 103,6 mg. 18. V. 98 mg. 14. VI. 47·6 mg.

3. Tanerer 33. l. 5. dzień choroby, obrzęki silne, serce powiększone, tony serca głuche, wątroba bez zmian. Mocz: białko 15‰—20‰—20‰—8‰, C. g. 1017—1014—1020, ilość moczu: 600—1200—1600, w osadzie bardzo silna domieszka krwi, stan mocznicowy wybitny przez 3. tygodnie trwający, obrzęki bardzo uporczywe, po 6. tygodniach prawie bez zmiany. R-N w 100 cm. sz. 16. V. 114,8 mg. 22. V. 98 mg. 18. VI. 56 mg.

4. Barnaś 40. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, tony serca głuche, P = 60 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 6·5‰—6‰—2·4‰—2‰, C. g. 1024—1020—1014—1014, ilość moczu: 800—1000—2500—3000, w osadzie obfita domieszka krwi, stan mocznicowy przez 3—4 tygodnie, obrzęki bardzo uporczywe, po 8. tygodniach ustąpiły obrzęki zupełnie. R-N w 100 cm. sz. 16. VIII. 131,6 mg. 28. VIII. 81,2 mg. 3. X. 44,8 mg.

5. Myszczyszyn 24. l. 4. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, P = 64 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 6‰—9‰, C. g. 1015—1016, ilość moczu: 2000—1800, w osadzie krwi brak, stały stan mocznicowy, obrzęki przez 3. tygodnie bez zmian, objawy mocznicy bez zmian. R-N w 100 cm. sz. 8. VI. 117·6 mg. 20. VI. 123·2 mg.

6. Wollmann 24. l. 2. tydzień choroby, obrzęki mierne, serce bez zmian, wątroba niepowiększona. Mocz: białko 12‰—9·5‰, C. g. 1022—1024, ilość moczu: 1200—1000, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy wybitny, po 4 tygodniach stan niezmieniony. R-N w 100 cm. sz. 15. VII. 120,4 mg.

7. Molnar 20. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, tony serca głuche, wątroba niemacalna. Mocz: białko 12‰—9‰—10‰, C. g. 1016—1018—1016, ilość moczu: 200—1360—500, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy postępujący, z początku napady drgawkowe mocznicy, obrzęki bez zmian, śmierć w 5. tygodniu pobytu. R-N w 100 cm. sz. 30. IV. 204,4 mg. 10. V. 253,4 mg. 20. V. 226,8 mg.

Jeżeli weźmiemy na uwagę całą grupę drugą, to dojdziemy do przekonania, wyrażonego już przy omawianiu grupy pierwszej, że na podstawie liczby N-pozabiałkowego, w tych przypadkach zwiększonej, nie możemy sądzić o postaci ostrego schorzenia (zapalenia) nerek. I w tej grupie spotykają się ze sobą przypadki nefrozy z typowymi przypadkami ostrego zapalenia nerek w ścisłem słowa znaczeniu, a nawet stwierdziliśmy tu jeden przypadek zapalenia nerek bezbiałkowego, który przytoczyłem w poprzedniej rozprawce mojej o tym przedmiocie.

Odmiennie natomiast od pierwszej grupy przedstawia się grupa druga pod względem przebiegu klinicznego. Tu trudno nam będzie twierdzić ogólnie o łagodności przebiegu klinicznego, choć korzystniej może przedstawia się jeszcze poddział II. A., którym zajmiemy się przedewszystkiem.

W tym poddziale spotykamy znowu przypadki, w których objawy kliniczne zapalenia nerek cofają się szybko; więc obrzęki znikają rychło, ilość białka maleje do paru tygodni, tak, że mocz jest ostatecznie bez białka lub zawiera tylko ślady białka, a stan ogólny jest zupełnie dobry, połączony z poczuciem zupełnego zdrowia, mimo ciężkich objawów początkujących, jak n. p. w II. A przyp. 9. i inne, których nie umieściłem w zestawieniu. Lecz przeważna część przedstawia obraz cięższy tak pod względem poszczególnych objawów, jak i czasu ich trwania. Wziąwszy na uwagę choćby już obrzęki, to widzimy, że w grupie I. tylko 35% przypadków okazało bardzo silnie rozwinięte obrzęki, gdy w poddziale II. A. już 57,5% przebiegało z bardzo silnymi obrzękami. Również ilość białka, choć jest ona zależna przedewszystkiem od postaci zapalenia, — w tych przypadkach była przeważnie wyższa, a rzadziej stwierdzaliśmy przypadki o małej ilości białka na szczycie sprawy chorobowej. Najwazniejszym zaś i najcięższym objawem była u tych chorych mocznica, którą spotykaliśmy w grupie II. A. znacznie już częściej, niż w poprzedniej. I tak w grupie I. tylko w $^1/_{10}$ przypadków t. j. w 10% stwierdziliśmy objawy mocznicy, gdy w poddziale II. A. już $^1/_4$ na szczycie sprawy okazywała wybitne objawy mocznicowe, to jest 25% przypadków. Co do postaci, to rzadziej stwierdzaliśmy napady drgawkowe, częściej zaś typowy stan mocznicowy ogólny bez drgawek. Zaznaczyć jednak należy, że zwiększenie liczby N-pozabiałkowego nie idzie równolegle z wystąpieniem mocznicy, bo jak przy niższej liczbie R-N nieraz występowała typowa mocznica, tak w drugim przypadku o wyższej liczbie R-N brak jej było zupełnie i naodwrót. Charakterystyczne może było to, że napady drgawkowe spotykaliśmy przeważnie w przypadkach o liczbie N-pozabiałkowego, zbliżonej bardziej do granic prawidłowych, chociaż nie bez wyjątków. W tej grupie nie straciliśmy jednak ani jednego przypadku wśród objawów mocznicy, chociaż dodać muszę, że może często czas pobytu chorego na oddziale był za krótki, bo nie przenosił zwyczajnie 6—7 tygodni. Z innych objawów klinicznych podnieść należy w tej grupie znacznie częściej spotykane zwolnienie tętna, jako następstwo znaczniejszego ogólnego zatrucia. Czy w tych przypadkach czę-

ściej występują powikłania ze strony innych narządów, jak narządu krążenia, płuc lub jamy brzusznej, to trudno osądzić. Ale wspomnieliśmy już, że w poddziale II. A. i przebieg kliniczny jest cięższy, bo przedewszystkiem czas trwania najważniejszych objawów był dłuższy. Uporczywie przeważnie utrzymywały się u tych chorych obrzęki ogólne mimo małosolnej dyety i znacznego ograniczenia podawanych płynów; ustępowanie powolne obrzęków trwało najmniej 6—7 tygodni. Ilość białka w moczu zmniejszała się również powoli i utrzymywała się w większym stopniu mimo zupełnego znikania obrzęków, wogóle w bardzo małej liczbie przypadków doszliśmy do śladów białka po 6—7-tygodniowym pobycie chorego w szpitalu i wypuszczaliśmy chorych przeważnie ze znacznemi ilościami białka i nieprawidłowego osadu moczowego. Zaznaczę jeszcze raz, że objawy mocznicowe trwały w tych przypadkach przeważnie długo, stan zamroczenia trwał najczęściej parę tygodni. Po ustąpieniu zaś mocznicy stwierdzaliśmy zwykle zmniejszanie się N-pozabiałkowego we krwi do liczb prawidłowych, tak, że w tych przypadkach do oceny przebiegu ważne również było powtórzenie badania R-N w surowicy krwi. Nie od rzeczy będzie dodać, że pobyt 6—7-tygodniowy chorego w szpitalu w I. grupie w przeważnej liczbie przypadków wystarczał do wypuszczenia chorego zupełnie lub prawie zupełnie bez białka w moczu i z dobrym stanem ogólnym, w grupie II. A. po tym samym okresie pobytu chorego białko w moczu było przeważnie wybitnie obecne, a stan ogólny był daleki od obrazu ozdrowienia.

O widokach, dotyczących dalszego przebiegu, jak i ostatecznego wyniku u wielu naszych chorych, mówić coś pewnego będzie trudno, bo nie mogliśmy pobytu chorego przedłużać zwykle ponad 6—7 tygodni. Wprawdzie przeważna część chorych w chwili opuszczania oddziału przedstawiała obraz ciągle poważny, który pozwalał na przypuszczenie najmniej długiego jeszcze trwania sprawy chorobowej, jeżeli nie wprost na niekorzystny wynik co do życia chorego lub przejście sprawy w stan nieuleczalny, ale brak nam pewnych dowodów do twierdzenia stanowczego w tym przedmiocie.

Bez względu na to, na podstawie spostrzeżeń naszych, poczynionych u chorych w czasie ich pobytu w szpitalu, możemy twierdzić, że wykazanie średniego zwiększenia liczby N-pozabiałkowego w surowicy krwi (granica między 40. a 100. mg. w 100 cm. sz. S.) zmusza nas już do poważnego rokowania co do najbliższej przyszłości przypadku i każe obawiać się z wielkiem prawdopodobieństwem wystąpienia objawów mocznicy, lub też w razie istnienia jej wskazuje na jej uporczywość. Na podstawie średnio-wyższej liczby R-N będziemy mieli prawo rokować o uporności poszczególnych innych objawów klinicznych zapalenia nerek, jak i najmniej o uporczywości sprawy chorobowej w nerce wogóle, a może i o niekorzystnym jej ostatecznym wyniku dla chorego. Dodam, że i w tych przypadkach w rokowaniu musimy uwzględnić zachowanie się innych narządów, więc przedewszystkiem stan narządu krążenia, a potem płuc i t. d., bo powikłania z tych narządów mogą prędzej sprowadzić śmierć osobnika, niżby to zapowiadał stan jego nerek.

Przechodząc wreszcie do omówienia poddziału II. B., widzimy na pierwszy rzut oka, że tu należą najcięższe przypadki ostrego zapalenia nerek. Na szczycie sprawy chorobowej chorzy przedstawiają obraz kliniczny schorzenia ciężkiego. Obrzęki we wszystkich przypadkach dosięgają znacznych rozmiarów, a nie spotykamy tu ani jednego ostrego przypadku z małymi obrzękami lub też bez obrzęków ogólnych; obrzęk stwierdziliśmy tu u 100% chorych. Białko utrzymywało się również w granicach mimo różnych postaci ostrego zajęcia nerek. Ponad wszystkimi objawami klinicznymi u tych chorych górowała jednak typowa mocznica, którą w tej grupie (II. B.) stwierdziliśmy w 100% przyp. Wysoka liczba N-pozabiałkowego we krwi i stan mocznicowy, to dwa ze sobą ściśle związane objawy. Co do postaci mocznicy, to typem był tu stan mocznicowy bez drgawek, w którym przeważają objawy zamroczenia przytomności, senność, ból głowy, brak łaknienia, nudności, wymioty i bezwład ogólny, a rzadziej wplatają się w ten obraz drgawki ogólne, nie stanowiąc jednak nigdy objawu dominującego ponad inne. Ciężkie powikłania w zakresie narządu oddechowego i zmiany w narządzie krążenia uzupełniały zwykle ciężki obraz schorzenia u tych chorych.

A jeżeli w tych przypadkach następowała poprawa stanu, to zjawiała się ona bardzo powoli i była zwykle niezupełna. Najszybciej jeszcze przy odpowiedniem leczeniu ustępowały wreszcie obrzęki, ale zwykle trwały one bardzo upornie. Mimo zupełnego głodzenia chorego nawet i one nie chciały się cofać, tak, że tylko dwa przypadki potrafiliśmy uwolnić od obrzęków, lecz i w tych stan nieprawidłowy moczu zmienił się tylko nieznacznie. Wogóle we wszystkich przypadkach mocz pod koniec pobytu chorego okazywał wybitny stan nieprawidłowy, wskazując na znaczne prawdopodobnie zmiany anatomiczne w nerkach. W jednym przypadku (zest. III. przyp. 1.) doprowadziliśmy wprawdzie do ilości białka tylko 0,85%, ale osad moczu i stan ogólny chorego nie dawał podstaw do przyjęcia zbliżającego się wyleczenia sprawy. Uporczywy był również stan mocznicowy chorych, który nieraz tygodniami trwał bez żadnej zmiany. Charakterystyczne było w tych przypadkach wahanie się liczby R-N we krwi, która zmniejszała się mniejwięcej równolegle do stanu ogólnego chorego, zwłaszcza prawie równolegle do stanu mocznicy lub też zwiększała w miarę pogarszania objawów. W jednym tylko przypadku (zest. III. przyp. 1.) po 5 tygodniach liczba N-pozabiałkowego spadła do wysokości prawidłowej 40 mg., z ustąpieniem i innych ważniejszych objawów klinicznych, lecz i w tym przypadku na podstawie obrazu moczu i stanu ogólnego rokowanie musiało (zdawało się) być niekorzystne. Zresztą liczba R-N przeważnie utrzymywała się uporczywie na poziomie ponadprawidłowym, chociaż nie stałym. Pamiętać jednak należy o tem, że liczba N-pozabiałkowego, mimo znacznego początkowego jej zwiększenia na szczycie nasilenia ostrego stanu zapalnego, w dalszym przebiegu może przecież spaść następowo do granic prawidłowych i utrzymywać się jakiś czas na tej wysokości. Lecz i w stanie krwi widzimy przeważnie tę uporczywość, którą stwierdzamy i w przebiegu klinicznym tych przypadków, jako characteristicum ciężkości stanu chorobowego. Dodać należy jeszcze, że u tych chorych, u których wreszcie obrzęki ustąpiły, a stan moczu nieco się poprawił, spostrzegaliśmy obraz wybitnej niedokrwistości, tak charakterystycznej dla ciężkich postaci przewlekłych zapaleń nerkowych. Czy w tych przypadkach mimo ciężkiego stanu możemy się spodziewać przecież wyleczenia sprawy chorobowej, to pytanie, na które trudno byłoby nam odpowiedzieć na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia. Stan chorych w chwili opuszczenia oddziału nie dawał nam żadnych podstaw do korzystnego rokowania tak co do najbliższej, jak i dalszej przyszłości. Piętno nieuleczalności mieli ci chorzy na sobie wypisane, chociaż mógłbym się może mylić co do tego wobec znanych przypadków wyleczenia (?) ostrej sprawy nerkowej nawet i po roku jej trwania. Rokowanie jednak musi być w tych przypadkach jeżeli nie zupełnie złe, to przecież bardzo wątpliwe. Do takiego twierdzenia zdają się nas uprawniać przypadki przezemnie spostrzegane.

Osobno jeszcze należy omówić przypadek ostatni poddziału II. B. (przyp. 7.), który przytoczę szczegółowiej. U tego chorego pozornie już w drugim tygodniu sprawy chorobowej rozwija się obraz ciężkiej ostrej nefrozy z równoczesnem zajęciem kłębków nerkowych, za czem przemawiałby stosunkowo niewysoki ciężar gatunkowy moczu i domieszka krwi w drugiej połowie pobytu chorego w szpitalu, jak i wysokie parcie krwi, wynoszące około 200 mm. Hg. U tego chorego obrzęki były bardzo silne, a nie zmieniły się przez cały czas jego obecności na oddziale; na pierwszy plan jednak wystąpił ciężki stan mocznicowy z silnem zamroczeniem przytomności, sennością, bolami głowy, nudnościami i wymiotami; z początku pobytu chory miał raz jeden bardzo krótkotrwały napad lekkich drgawek mocznicowych, które potem już się nie powtórzyły nigdy. Przy stale małej ilości moczu i wśród pogarszających się stale objawów mocznicy, tak, że chory pod koniec ledwie dawał się obudzić celem odpowiedzi, nastąpiło zejście śmiertelne. Jako końcowe powikłanie wystąpiło u tego chorego zrazikowe zapalenie płuc, które sekcya potwierdziła. W przebiegu sprawy chorobowej nie mogliśmy stwierdzić żadnego wpływu leczenia naszego, lecz stałe pogarszanie się sprawy, postępujące aż do śmierci. Badanie krwi wykazało maksymalne zwiększenie się N-pozabiałkowego ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy i dalsze zwiększenie się jego z pogarszaniem się stanu klinicznego.

Kończąc nasze rozpatrywania, na podstawie nielicznych może, ale zgodnie przebiegających przypadków ostrego schorzenia (zapalenia) nerek, należących do poddziału II. B., musimy dojść do przekonania, że w ostrych zapaleniach nerek w razie wykazania znacznego zwiększenia liczby N-pozabiałkowego w surowicy krwi (ponad 1000 mg. w 100 cm. sz. surowicy) rokowanie nasze musi być bardzo poważne tak co do stanu czasowego, jak i bliższej, lecz i dalszej przyszłości chorego; utrzymywanie się uporne objawów klinicznych, uporczywość stanów mocznicowych, grożących życiu i przewle-

kłość sprawy chorobowej, to characteristicum tej grupy; piętno nieuleczalności, to cecha właściwa przeważnej części tych przypadków, choć poprawa stanu klinicznego należy do częstych objawów w przebiegu, wahającego się między polepszaniem i pogarszaniem się objawów. Przypadek zaś nasz ostatni (grupa II. B. przyp. 7.), przy uwzględnieniu doświadczeń obcych, dotyczących jednak przeważnie przewlekłych zapaleń nerkowych, uprawnia nas przytem do twierdzenia, że u chorych z maksymalnem zwiększeniem N-pozabiałkowego w surowicy krwi ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy rokowanie z reguły jest złe tak co do czasu trwania sprawy chorobowej, jak i życia wogóle. W podobnych przypadkach śmierć następowała zwykle w najbliższych miesiącach wśród objawów postępującej mocznicy, zwłaszcza jeżeli w czasie spostrzegania można było stwierdzić stałe dalsze zwiększanie się lub też utrzymywanie wysokiej już liczby R-N we krwi chorego. Znane są wprawdzie przypadki ostrego zapalenia nerek ze zwiększeniem liczby N-pozabiałkowego ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy na szczycie sprawy chorobowej, w których mimo to nastąpiło powolı cofnięcie się objawów i restytucya (wyleczenie?) sprawy, lecz te należą do nadzwyczajnych wyjątków, które nie zachwiewają słuszności wyżej wyrażonego ogólnego twierdzenia.

Przechodząc do wniosków końcowych, do których nas uprawniają badania nad zachowaniem się N-pozabiałkowego we krwi osobników ze schorzeniem nerek, przypomnieć należy jeszcze raz, że zatrzymywanie tych ciał w ustroju jest tylko wynikiem zaburzenia sprawności funkcyonalnej nerek, i to wynikiem zaburzenia jednej z najważniejszych ich czynności, to jest wydzielania produktów rozpadu białkowej przemiany materyi. Dotychczasowe badania nie dają nam żadnej podstawy do rozstrzygania o miejscu, ani o rodzaju toczącego się schorzenia, któreby było źródłem tej niesprawności (niedomogi) nerek w tym kierunku. W tych samych postaciach schorzenia nerek stwierdzamy w jednym przypadku prawidłową, w innym zwiększoną liczbę R-N we krwi, jak i w różnych okresach tegosamego przypadku stwierdzamy raz większą, a drugi raz mniejszą liczbę N-pozabiałkowego. Jeżeli uwzględnimy przedewszystkiem przewlekłe sprawy nerkowe, to wysokość liczby R-N we krwi, jako miernik niedomogi nerkowej, jest tylko wyrazem okresu schorzenia, który nazywamy okresem niedomogi nerkowej, a wystąpić on może w każdej postaci klinicznej zajęcia nerek.

W przypadkach ostrej sprawy nerkowej »zapalnej« liczba N-pozabiałkowego jest również wskaźnikiem tylko sprawności, a nie rodzaju schorzenia nerek. I nasze badania wykazały w pierwszym rzędzie, że na podstawie wysokości liczby R-N nie możemy sądzić o postaci klinicznej zajęcia nerek, więc również ani o rodzaju ani o usadowieniu sprawy w nerce. Wysokość liczby N-pozabiałkowego we krwi, będąc miarą sprawności nerek, jest dla nas przedewszystkiem wykładnikiem ciężkości schorzenia w tych przypadkach. Sprawa chorobowa ostra, która daje powód do wystąpienia ciężkich zaburzeń sprawności nerek w kierunku wydzielania produktów rozpadu białka, musi mieć jako tło zmiany natury bardzo poważnej, których restytucya wymagać musi conajmniej długiego czasu lub też jest ona wogóle niemożliwa ze względu na ciężkość zaszłych zmian. Gdy więc liczba prawidłowa R-N we krwi pozwoli nam przeważnie rokować korzystnie co do długości trwania ostrej sprawy, to wzmożenie tej liczby zmusza nas do rokowania mniej korzystnego w sprawie trwania stanu nieprawidłowego, bo tu tło stanowić musi ciężki stan patologiczny, który jest mniej zdolny do restytucyi, niż w przypadku pierwszym. Jasnem jest, że ostateczny wynik lub ewentualne przejście sprawy ostrej nerkowej w stan przewlekły (nieuleczalny) zależy przecież od początkowego nasilenia okresu ostrego i zmian, które ten wywołał w nerce dotkniętej. Tem samem liczba R-N w okresie ostrym może dla nas być wskaźnikiem do oceny dalszej przyszłości przypadku ostrego »zapalenia« nerek. Nie wchodząc w szczegóły, które z ciał N może być źródłem zatrucia, lecz stwierdzając znaną równoległość między wysokością liczby R-N we krwi, a występowaniem stanu mocznicowego, na podstawie obliczania N-pozabiałkowego we krwi będziemy sądzić o możliwości wystąpienia stanu mocznicowego w danym przypadku, a tem samem na podstawie liczby R-N rokować o ewentualnej możności wystąpienia mocznicy w ostrem zapaleniu nerek. Rokowanie co do najbliższej więc przyszłości przypadku, zwłaszcza możności wystąpienia stanu mocznicowego, to znowu jeden ze szczegółów klinicznych, w którym pomocnem nam będzie obliczanie liczby N-pozabiałkowego we krwi chorego, z ostrem »zapaleniem« nerek.

Do powyższych uwag dodajmy jeszcze i stwierdzoną zależność liczby R-N we krwi od ilości z pokarmem wprowadzonego białka i wzrost jej pod wpływem pokarmów zawierających azot, zwłaszcza w przypadkach niedomogi nerkowej, co nie może być bez wpływu na kierunek dyety przy schorzeniach nerkowych, a zrozumiemy, jak konieczny jest ten rodzaj badania krwi w przypadkach zajęcia nerek wogóle. Ze względu na wartość obliczania N-pozabiałkowego we krwi w przypadkach schorzenia nerek tak w kierunku rokowania, jak i leczenia, oznaczanie liczby R-N we krwi musimy uważać za jeden z koniecznych sposobów badania klinicznego, równorzędny zwykłemu badaniu moczu, krwi i t. d., czego nowożytna klinika nie może pominąć przy ścisłej ocenie przypadków podobnych.

Literatura[1]).

1) Christian, Frothingham, O. Hare, Woods: Americ. Journ. of. the med. sciences. 1915. 2) Dehnel: Medycyna i Kronika lek. 1914. 3) Franke: Przegl. lek. 1917. 4) Hefter i R. Liebeck: D. A. f. kl. Med. T. 114. 5) Hohlweg: D. A. f. klin. Med. T. 104. 6) Jungmann T.. Z. f. klin. Med. T. 84. 7) Magnus-Alsleben: Über die Nephritis im Felde. Münch. m. Woch. 1916. 8) Monakow: D. A. f. klin. Med. 123. 9) Nonnenbruch: Nierenentzündungen im Felde. Münch. med. Woch. 1916. 10) Oszacki: Z. f. klin. Med. T. 77. 11) Rzętkowski K.: Sprawozdanie Tow. nauk. warsz. 1916. i Posiedz. Tow. lek. krak. 1916. (Przegl. lek. 1917. Nr. 2). 12) Reiss: Z. f. kl. Med. T. 80. 13) Scheel: Ugeskrift for. Lager. 1916. (duńska). 14) Sterling S:. Odczyty kliniczne. Warszawa 1918. 15) Strauss: D. A. f. klin. Med. T. 106. i Die Nephritiden. Berlin i Wiedeń. 1918. Wyd. II. 16) Volhardt: Handbuch d. inn. Med. Mohr-Staehelin. T. III. Część II. 1918. 17) Zondek: Z. f. kl. Med. T. 83.

Ze szpitala powszechnego w Jarosławiu.

W sprawie stopy szpotawej wrodzonej

Podał

Dr Bolesław Lecewicz

b. kierownik szpitala pow. w Jarosławiu, obecnie w Brzeżanach.

Leczenie w niemowlęctwie stopy szpotawej wrodzonej należy do zbyt pospolitych zadań chirurga, wiadomości o racyonalnem traktowaniu w tym wieku dostatecznie są znane, by kusić się o rzucenie pełniejszego światła na tę sprawę. Przypadek zaś, przedstawiony w niniejszej pracy, dotyczący 18-letniej dziewczyny, uznany przez kolegów chirurgów jako nie nadający się do leczenia, przekracza widocznie granicę zwykłych pojęć o tej chorobie i wymaga przeto bliższego zastanowienia się.

Stopę szpotawą (pes varus) cechuje ułożenie stopy w supinacyi tak, iż brzeg zewnętrzny staje się dolnym, wewnętrzny zaś górnym. Zwykle towarzyszy temu zboczeniu zbliżenie palucha ku kostce wewnętrznej, czyli przywiedzenie (adductio) stopy. Często dołącza się opadnięcie palców ku dołowi i podniesienie pięty ku górze, czyli stopa końska (pes equinus). Wada ta zajmuje drugie miejsce w zboczeniach wrodzonych, ustępuje tylko wardze zajęczej. Częściej zdarza się u chłopców, niż u dziewcząt, przyczem częściej dotyczy kończyny dolnej lewej.

Powstanie stopy szpotawej odnieść należy do rozmaitych okresów życia płodowego. Wcześniej rozwija się stopa szpotawa, jeżeli spowodowana jest: brakiem poszczególnych kości wskutek nieprawidłowego zarodkowego rozwoju, nieprawidłowemi przyczepieniami się mięśni i więzadeł, zboczeniami wskutek wad w ośrodkach nerwowych, wreszcie wskutek ucisku przez zrosty owodni. Większość jednak przypadków wytwarza się w drugiej połowie życia płodowego wskutek niestosunku między wielkością

---

[1]) Podaję tylko poszczególne prace dotyczące przedmiotu, zwłaszcza z lat ostatnich, i to najważniejsze.

płodu a ilością wód płodowych, a co za tem idzie, nadmiernego ucisku ścian macicy na stopy i utrudnienia ruchów kończyn.

Zmiany anatomiczne w przypadkach stopy szpotawej spowodowane brakiem kości, są rozmaite, zależnie od braku tej lub innej kości. Wszystkie inne przypadki, spowodowane przez ucisk na prawidłowe stopy, posiadają stałe charakterystyczne zmiany anatomiczne, zgodne z zewnętrznym obrazem. Supinacya, przywiedzenie (adductio) i zgięcie (flexio), charakterystyczne dla tej wady, muszą spowodować odpowiednie zmiany w kościach. Kość skokowa wskutek nadmiernego zgięcia wysuwa się ku dołowi i przodowi, powierzchnia stawowa w przedniej części wyrodnieje, a styka się z kością piszczelową tylko w tylnej swej części. Szyjka kości skokowej jest wygięta ku wewnątrz, główka zaś zwrócona jest ku dołowi i wewnątrz.



Rys. 1.



Rys. 2.

Kość piętowa jest wygięta wklęsłością ku wewnątrz. Wskutek wysunięcia się kości skokowej artykuluje kość piętowa z częścią powierzchni stawowej kości piszczelowej. Kość sześcienna i czółenkowata przesunięte są ku wewnątrz. Kości goleni niekiedy są skręcone na wewnątrz. Części miękkie wskutek zbliżenia się punktów przyczepu są skurczone, a więc powięź ścięgnista podeszwy, mięśnie piszczelowe, zginacze palucha i palców, naczynia i nerw, tudzież więzadła między kostką wewnętrzną a kośćmi stępu. Przemieszczone są ścięgna: m. strzałkowego długiego na zewnętrzną stronę kości piętowej, m. piszczelowego tylnego na tylny brzeg kostki wewnętrznej. Ścięgna przebiegające na grzbiecie stopy przesunięte są ku wewnątrz i mają rozciągnięte więzadła. Używanie kończyn przy chodzeniu potęguje powyższe zmiany. Wygięcie poszczególnych kości i skręcenie stopy wzmaga się. Grzbiet stopy, pokryty torebką maziową, zastępuje podeszwę. Mięśnie goleni zanikają. Chory, by zachować równowagę ciała. przechyla się wstecz, co wywołuje wytwarzanie się wygięcia kręgosłupa ku przodowi.

Trudności rozpoznawczych w przypadku opisanym nie było żadnych, wszystkie bowiem cechy, powyżej przedstawione, widoczne były na obydwu stopach, jak zresztą dołączona rycina przedstawia.

Julia C., lat 18. licząca, zgłosiła się w styczniu b. r. do operacyi. Wobec rozległych zmian kości stępu, jakoteż skurczenia się części miękkich na podeszwie, operacya Phelpsa mogła jedynie dać dobry wynik.

W uśpieniu chloroformowem po założeniu opaski Esmarcha na kończynę dokonano otwartej tenotomii ścięgna Achillesa, poczem poprowadzono cięcie, prostopadłe do osi stopy, w środku między kostką wewnętrzną a stawem Choparta, długości 3 cm. Obok kostki przecięto ścięgno mięśnia piszczelowego tylnego, powyżej zaś więzadło boczne wewnętrzne (deltoideum) i otwarto staw skokowy. Idąc ku środkowi podeszwy, przecięto ścięgna długiego zginacza palców, m. odwodzącego i długiego zginacza palucha. Po dokonaniu powyższych nacięć stopa w stawie skokowym dała się odprowadzić do pozycyi, w której oś tejże z osią goleni utworzyły kąt prosty. Wygięcie szyjki kości skokowej układało przednią część stopy w przywiedzeniu. Cięciem przeto równoległem do osi stopy odsłonięto szyjkę kości skokowej i wydłutowano z niej klin, rozwarty ku grzbietowi stopy. Stopa przyjęła kształt prawidłowy.

Odstąpiono od zalecanej przez Phelpsa osteotomii szyjki, dokonano natomiast resekcyi klinowej, by usunąć moment dalszego napięcia tkanek miękkich na podeszwie wskutek oddalenia punktów ich przyczepu przy wyprostowaniu (redressement) i by uzyskać ustalenie trwalsze w miejscu przecięcia kości, przez zbliżenie powierzchni kości i założenie grubych szwów katgutowych na okostną. Brzegi ran skórnych zespojono ciągłym szwem katgutowym. Torebki maziowej na grzbiecie stopy nie wycinano na razie z powodu owrzodzeń, znajdujących się na pokrywającej ją skórze. Zapomocą dwu pasków przylepca ustalono stopę, założono opatrunek aseptyczny o równomiernej dość cienkiej warstwie waty od palców aż do stawu kolanowego, dość mocno uciśnięto opaską kalikotową, poczem założono opatrunek gipsowy okrężny na stopę i goleń. Dalszy przebieg był bezgorączkowy. Po dwu dniach z powodu obrzęku palców opatrunek gipsowy z boku nacięto.

W sześć tygodni zdjęto opatrunek. Rany zgoiły się doraźnie. Stopa, trochę obrzękła, znajdowała się w nadanej podczas operacyi pozycyi, jak rycina druga przedstawia, z tendencyą do zgięcia i przywiedzenia. Chorej zakładano opatrunek przylepcowy, co kilka dni masowano kończynę i kazano chodzić. Po tygodniu chora mogła posługiwać się kończyną bez laski, ruchy w stawie skokowym stale się zwiększały.

Gdyby w danym przebiegu mimo racyonalnego traktowania okazało się, iż stopa opada ku dołowi, przyszycie ścięgna rozginacza palucha po stronie zewnętrznej stopy całkowicie usunie to małe zboczenie.

Wynik, jaki otrzymano w powyższym przypadku, winien przyczynić się w pewnej mierze do posunięcia granicy uleczalności stopy szpotawej wrodzonej.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Lad. Syllaba. **Nauka o lékarském poklepu a poslechu.** Dil prvy: nauka o poklepu. V Praze 1918. Str. 470.

Dzieło profesora uniwersytetu czeskiego w Pradze wydane zostało, jak na czasy wojenne, bardzo wspaniale i ozdobione licznemi tablicami, obrazami i rysunkami, wykonanymi bardzo starannie i na doborowym papierze. Już ta zewnętrzna forma ujmuje korzystnie czytelnika, a przyczynia się do pochlebnej oceny dzieła jeszcze piękny język naukowy i gładki styl, i wreszcie jasny i przejrzysty sposób przedstawienia materyału naukowego, z natury rzeczy suchego i dość ciężkiego. Te wszystkie zalety zapewniają podręcznikowi trwałą wartość i sprawiają,

że dzieło prof. Syllaby stanie się z pewnością cennym dorobkiem w piśmiennictwie naukowem lekarskiem czeskiem, a dla uczącej się młodzieży przyniesie wielką praktyczną korzyść.

Dzieło Syllaby rozpoczyna się obszernym wstępem, w którym autor przedstawia zarys historyczny i rozwój nauki o badaniach fizycznych od najdawniejszych, Hipokratesa sięgających czasów, aż do najnowszej doby; zarys tęn ilustrowany jest licznemi podobiznami lekarzy i uczonych, którzy w rozwoju metod fizycznego badania położyli zasługi i stworzyli podstawy, na których opiera się obecna nauka, jak Morgagniego, Auenbruggera, Bichata, Skody, Wintricha, Weila, Purkinyego i t. d. Nie zapomina też autor o swej nauce rodzimej, w której wybija się jako pionier nauki o badaniach fizycznych znakomity prof. Eiselt, chluba uniwersytetu praskiego, którego znaczeniu i zasługom dla nauki czeskiej poświęca autor szereg uwag.

Rzecz właściwa w podręczniku Syllaby dzieli się na trzy części: w pierwszej ogólnej przedstawia autor metodykę i fizykę opukiwania, a więc ogólne postępowanie i technikę badań, omawia najrozmaitsze sposoby opukiwania, przeróżne rodzaje odgłosów oraz ich odcieni, dawniejsze i nowsze metody opukiwania i t. d., podaje też wyniki własnych spostrzeżeń i doświadczeń nad powierzchownem i głębokiem opukiwaniem (str. 136), wreszcie sposoby kontrolowania wyników opukiwania metodami badania rentgenologicznego.

Dalsze części obejmują opukiwania szczegółowe narządów, a więc w części drugiej opukiwanie narządów zdrowych (płuc, serca, wątroby, śledziony, przewodu pokarmowego i t. p.). Tutaj opisuje autor zachowanie się odgłosu opukowego oraz zmiany jego w prawidłowych warunkach, zachowanie się granic narządów, ich topograficzne stosunki, oznaczanie wymiarów i wielkości i t. p. Jak wszędzie, tak i tutaj uwzględnia także swe własne badania oraz spostrzeżenia; tak n. p. w rozdziale o oznaczeniu prawdziwej wielkości serca podaje wyniki swych badań porównawczych, przeprowadzonych na zwłokach i materyale żywym z pomocą kombinacyi metod opukiwania, ortodiagrafii i ortodiaskopii oraz porównuje w ten sposób otrzymane wymiary serca z wynikami badań innych autorów (Dietlen, Moritz, Treupel i t. d.). Z badań tych wynika, że granice i wielkość serca lewego dają się oznaczyć z dokładnością, dochodzącą do 80% przy różnicach wymiarów, wahających się w granicach do $^1/_2$ cm bez porównania łatwiej, niż granice i wielkość serca prawego. Podobnie i w rozdziale o opukiwaniu wątroby i śledziony może autor poszczycić się własnemi badaniami. Na końcu każdego rozdziału pomieszcza autor zestawienie, w którem podaje szereg faktów, uwag, rad i wskazówek, przez co materyał naukowy zyskuje na przejrzystości i praktyczności.

Część trzecia obejmuje opukiwanie narządów w stanach chorobowych czyli t. zw. dyagnostykę opukową; dział ten ilustrowany jest obficie obrazami, rysunkami, rentgenogramami i t. p., które w znacznym stopniu ułatwiają poznanie różnic zmian fizycznych między stanami prawidłowymi a chorobowymi.

W podręczniku swym autor podaje obok terminologii czeskiej wszędzie tam, gdzie chodzi o oznaczenie nazw czy różnych rodzajów opukiwania, czy metod badań, czy technicznych wyrażeń, także terminologie obce, jak francuską, angielską, niemiecką i t. p., przyczem uwzględnia też terminologię polską; w ten sposób książka staje się łatwiej dostępna dla polskich czytelników i ułatwia znacznie zrozumienie treści nawet tym, którzy mniej pewnie władają i tak na ogół dla nas łatwiej zrozumiałym językiem czeskim.

Doc. Dr J. Nowaczyński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe dnia 8 lutego 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

Kol. Sabat składa jako uzupełnienie protokołu z dnia 18. I. 1918. następujące streszczenie swego przemówienia:

Ad. I. Kol. Sabat zauważa, że mięsak skóry niezawsze jednakowo oddziaływa na naświetlania rentgenowskie; niektóre mięsaki skóry są nadzwyczaj wrażliwe na promienie Roentgena, bywają zaś takie, które zachowują się wobec naświetlań zupełnie odpornie. Zazwyczaj guzki szybko rosnące, miękkie, bogate w komórki, oddziałują znacznie lepiej, niż powoli rosnące, ubogie w komórki, a zawierające wiele międzykomórkowej tkanki łącznej. Szybki zanik guzków mięsakowych nie daje jeszcze podstawy do dobrego rokowania. Częste są nawroty. Przed kilku laty pozostawał około 2 lata w leczeniu mowcy przypadek mnogiego mięsaka skóry grzbietu, znany też prof. Łukasiewiczowi. Po dawkach promieniowania 5 H znikały guzki kilkakrotnie, po kilku miesiącach jednak znów pojawiały się. Znane są przypadki, w których guzki mięsakowe skóry bardzo szybko oddziaływały na naświetlania rentgenowskie, jednak wkrótce po naświetlaniach występowały przerzuty w narządach wewnętrznych, wiodące do śmierci, a spowodowane prawdopodobnie szybkim rozpadem guzków skórnych w następstwie naświetlań i rozsianiem w ustroju cząstek nowotworowych, zachowujących jeszcze żywotność. Bardzo wrażliwe na promienie Roentgena są czerwonobrunatne mięsakowe guzki skóry, którą to postać opisał Kaposi jako »sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum multiplex« i za jaką należy uważać przypadek, przedstawiony przez Kol. Pańczyszyna. Mimo szybkiego znikania guzków na skórze rokowanie w tym przypadku wydaje się mowcy złe; uporczywe wymioty chorego zdają się już wskazywać na przerzuty w narządach wewnętrznych.

Ad II. Kol Sabat sądzi, że dawki promieniowania, stosowane przez kol. Pańczyszyna w omówionym przez niego przypadku twardzieli, są zbyt wielkie. Tak silne naświetlania nie są potrzebne, a mogą być szkodliwe i mimo użycia filtru glinowego należy się obawiać oprócz ostrych uszkodzeń skóry niekorzystnego wpływu promieniowania na czynności narządów wewnętrznych, a także nieraz po dłuższym czasie po naświetlaniach występujących uszkodzeń przewlekłych, na których podłożu może się rozwinąć »rak rentgenowski«. Jak dość obfite doświadczenia wielu au orów, między nimi też i mowcy wykazały, zarówno przy twardzieli nosa i gardła, jak też przy twardzieli krtani i tchawicy można uzyskać znakomite wyniki i zupełne wyleczenie dawkami pro loco $^3/_4$ I ED (ED dawka erytematyczna — I S = 5H = 10 x), stosowanemi co 4 tygodnie. Mowca rozporządza dość bogatem własnem doświadczeniem, gdyż obejmującem 34 przypadki twardzieli, które w ostatnich 9 latach leczył promieniami Roentgena w pracowni rentgenologicznej krajowego szpitala powszechnego we Lwowie i w swoim prywatnym zakładzie rentgenowskim. Leczenie wymagało cierpliwości ze strony chorych i lekarza, gdyż rozciągało się na miesiące, a nawet i lata, to też nie wszyscy chorzy wytrwali w leczeniu. Około 16 przypadków mowca musi uważać za wyleczone. Jako przykład klasycznego wyleczenia promieniami Roentgena może posłużyć przypadek, który mowca omawiał z pokazem fotografii na VIII. Zjeździe rentgenologów w Berlinie w r. 1912. Obrazy te reprodukował H. Schmidt w III. wydaniu swego: »Kompendium der Röntgen-Therapie« (Berlin 1913.). Była to 45-letnia chora, dotknięta daleko posuniętą twardzielą nosa, górnej wargi, podniebienia, jamy nosowo-gardłowej i krtani. Chora była w przeciągu 16 miesięcy naświetlana 13 razy; pojedyncze posiedzenia następowały po sobie w odstępach 1—2 miesięcy. Naświetlane były następujące okolice: 1) warga górna (guzowaty ziarniak), 2) nos zewnątrz, 3) nos wewnątrz, 4) szyja zewnątrz, 5) podniebienie i gardło; okolice 3, i 5. naświetlano przy użyciu wzierników ze szkła ołowianego. — Na poszczególnych posiedzeniach naświetlano dwie lub trzy wymienione okolice, każdą okolicę dawką $^2/_3$—I S. Te dawki wystarczyły do uzyskania zupełnego wyleczenia chorej. Mowca widział ją w 2 lata po ukończeniu naświetlań zupełnie zdrową. Także na podstawie badania mikroskopowego, dokonanego przez kol. Nowickiego, przypadek ten należy uważać za wyleczony. (Kol. Sabat pokazuje fotografie chorej przed i po wyleczeniu.)

Ad III. Kol. Sabat podnosi, że od czasu zapoczątkowania leczenia białaczki promieniami Roentgena w r. 1903. przez Senna w Chicago, pojawiło się kilkaset publikacyi o tym sposobie leczenia tej choroby. Stwierdzają one, że wprawdzie zupełnego wyleczenia białaczki dotychczas nie osiągnięto w żadnym przypadku, że jednak można naświetlaniami rentgenowskiemi w większości przypadków przebieg białaczki wstrzymać, objawy jej złagodzić i życie chorych o kilka lat przedłużyć. Promienie Roentgena są dotychczas bezwątpienia najlepszym środkiem leczenia białaczki przewlekłej, zarówno postaci myeloidalnej, jak i limfatycznej. To też nie można odmówić z pewnemi ograniczeniami słuszności powiedzeniu Belota, że zaniechanie naświetlań rentgenowskich przy białaczce należy stawiać na równi z błędem, popełnionym przez zaniechanie rtęciowego leczenia kiły. W przypadkach białaczki ostrej naświetlania rentgenowskie

przyspieszają niepożądany koniec, są zatem przeciwwskazane. Nie wszystkie też przypadki przewlekłej białaczki oddziałują korzystnie na naświetlania; znaczna ilość przypadków (około 30%) zachowuje się wobec naświetlań zupełnie odpornie, w niektórych zaś przypadkach wskutek naświetlań występuje pogorszenie. W takich przypadkach należy dalszych naświetlań natychmiast zaniechać i chyba po pewnym czasie znów ich próbować, gdyż sposób oddziaływania białaczki na naświetlania w jednym i tym samym przypadku może się zmieniać. Również pod względem przeciągu czasu, po jakim występuje korzystny skutek naświetlań, bywają znaczne indywidualne różnice; bywają przypadki, w których dobry skutek pojawia się dopiero w kilka miesięcy po naświetlaniu. — Co się tyczy wielkości i częstości dawek promieniowania, należy się starać możliwe do osiągnięcia optimum skutku uzyskać przez potrzebne do tego minimum promieniowania, którego, o ile możności, nie powinno się przekraczać. Nadmierne dawki promieniowania mogą być szkodliwe, gdyż, pominąwszy niebezpieczeństwo uszkodzenia skóry i narządów wewnętrznych, należy liczyć się z tem, że białaczka, oddziałująca na pierwszą seryę naświetlań dobrze, staje się przy dalszych nawrotach wobec naświetlań coraz odporniejszą, a nakoniec przestaje na naświetlania pomyślnie oddziaływać. Chodzi więc o to, by przy umiarkowanem stosowaniu wrażliwość chorego ustroju na naświetlania rentgenowskie, wobec których choroba z czasem obojętnieje, jak najdłużej zachować. Wiadomo też, że u chorych na białaczkę już po stosunkowo niewielkich dawkach promieniowania występują niemiłe objawy podmiotowe, jakoto ból głowy, nudności, nawet wymioty, rozwolnienie, uczucie osłabienia, bicie serca, jakoteż przyspieszenie i nieregularność tętna; są to objawy toksemiczne, wywołane rozpadem bardzo wrażliwej na promienie Roentgena tkanki białaczkowej, bujającej w śledzionie i w gruczołach chłonnych. Przy silnych naświetlaniach toksyczne działanie produktów rozpadowych, wytworzonych w krótkim przeciągu czasu w większej ilości, może być dla chorego groźne; należy więc baczyć na to, by produkty te nie nagromadzały się w ustroju w zbyt wielkiej ilości, lecz by przez umiarkowane, na dłuższy przeciąg czasu rozłożone dawki promieniowania rozpad tkanki białaczkowej odbywał się zwolna, w miarę wydalania przez ustrój toksycznych substancyi na zewnątrz. Mowca radzi w czasie naświetlań w białaczce, zwłaszcza, gdy występuje nieregularność i przyspieszenie tętna, stosować środki sercowe ew. też moczopędne. Mowca przestrzega przed tem, by szybkość zmniejszania się ilości ciałek białych w krwi służyła za miernik dobrego skutku naświetlań. Nieraz właśnie gwałtownemu zmniejszaniu się ilości ciałek białych towarzyszy zmniejszanie się hemoglobiny krwi i występowanie objawów groźnej niedokrwistości. Oprócz badania krwi, przeprowadzanego o ile możności w regularnych odstępach czasu, n. p. co 4 tygodnie, powinno się odbywać często wszechstronne dokładne badanie chorego, gdyż tylko tą drogą można uzyskać dyrektywę, czy, ile i jak często należy naświetlać, zwłaszcza, że wśród chorych na białaczkę spotyka się ogromne różnice indywidualne pod względem sposobu oddziaływania na naświetlania rentgenowskie.

Na porządku dziennym omówienie wraz z zaproszonem Gronem aptekarzy sprawy braku środków lekarskich.

Prezes wita gości.

I. Kol. Gluziński zagaił posiedzenie, omawiając przyczyny braku środków lekarskich i opatrunków (nizki stan przemysłu farmaceutycznego w Austryi, brak robotnika, surowców i węgla, zamknięcie dowozu z państw neutralnych, zakaz wywozu z Niemiec do Austryi środków, zawierających alkohol, białko lub tłuszcze).

W dyskusyi, w której imieniem aptekarzy przemawiali p. Sklepiński i Poratyński, z lekarzy natomiast kol. Lenartowicz, Schellenberg, Wiczkowski i Stachiewicz, zgodzono się jednomyślnie, że zaradzić złemu nie można, tylko oszczędzając i uciekając się do »środków zastępczych«, ale należy wystąpić z energicznem żądaniem do władz o przydzielenie aptekom galicyjskim najważniejszych środków lekarskich w odpowiedniej ilości zwłaszcza, że przy dobrej chęci wieleby ich jeszcze się znalazło.

Na wniosek kol. Hornowskiego wybrano komisyę, złożoną z lekarzy kol. Bednarskiego, Gluzińskiego, Lenartowicza, Schellenberga i Schramma oraz aptekarzy p. Sklepińskiego i Poratyńskiego, któraby opracowała odpowiedni memoryał i wniosła go na ręce kol. Halbana, w celu przedstawienia go w odpowiedniej drodze władzom centralnym. Na wniosek kol. Wiczkowskiego komisya ta ma także zająć się sprawą wyjednania u władz zaprowiantowanie konsumów, specyalnie dyetetycznych w potrzebne środki dyetetyczne.

Posiedzenie dnia 15 lutego 1918.

Na znak żałoby i protestu z powodu czwartego rozbioru Polski nie odbył się zapowiedziany wykład, ani demonstracye. Po przemówieniu kol. Hornowskiego i Lenartowicza uchwalono jednogłośnie następującą rezolucyę:

»Towarzystwo lekarskie lwowskie zgodnie z całym Narodem polskim podnosi protest przeciw jaskrawemu pogwałceniu wszelkich zasad moralności i prawa narodów przez państwa centralne oraz piętnuje chytry i nikczemny układ, zawarty w Brześciu przez przedstawicieli dyplomatycznych tychże państw«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Adama Wrzoska, powołanego do Warszawy na katedrę patologii, żegnali słuchacze 6. b. m. w sposób uroczysty, postanawiając zarazem utworzyć przy »Bratniej pomocy medyków« fundusz jego imienia.

Lwów. Na posiedzeniu w d. 6. VII. zajmował się Komitet sanitarnej odbudowy kraju sprawą zniesienia podatków od najtańszych mieszkań (ref. adw. Westreich) i sprawą inwalidów cywilnych (ref. prof. Halban).

— Z powodu przepełnienia klinik i pracowni wprowadza Wydział lekarski od najbliższego półrocza »numerus clausus«; przyjętych będzie na pierwsze półrocze tylko 125 słuchaczy.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza cały szereg konkursów na prace naukowe, jako to im. Koczorowskiego (nagroda 300 rb., termin 31. III. 1919), Chałubińskiego (nagroda 200 rb., termin 31. I. 1920), Helbicha (nagroda 150 rb., termin 1. III. 1919), Wszebora (z patologii lub higieny, nagrody po 240 rb., termin 31. I. 1922), Pląskowskiego (z psychiatryi, nagroda 180 rb., termin 1. IV. 1920), Dobrzyckiego (z balneologii i klimatologii, nagroda 700 rb., termin 1922), Knolla (z chirurgii, nagroda 475 rb., termin 15. IX. 1918), Konitza (z ginekologii, nagroda 370 rb., termin 31. III. 1920), Halperna (z przemiany materyi, nagroda 700 rb., do 15. IV. 1920). Prace konkursowe należy przesyłać do rąk sekretarza stałego Towarzystwa lek. (Warszawa, Niecała 7).

— Rada Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego postanowiła rozszerzyć działalność Towarzystwa na całe Królestwo i zwołać w jesieni r. b. Polski Zjazd przeciwgruźliczy do Warszawy.

Zmarli. Dr Jan Rostkowski, lekarz szpitala praskiego w Warszawie, zginął tragicznie, zamordowany przez żołnierza niemieckiego, w 32 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 2360/18.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Magistrat miasta Gródka Jagiellońskiego rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Gródku Jagiellońskim z roczną płacą 1600 koron i trzema pięcioleciami po 200 koron oraz dodatkiem drożyźnianym na czas wojny w wysokości 75% od płacy z terminem do 8. sierpnia 1918 r. włącznie.

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzin, wykazującą nieprzekroczony 40 rok życia,

2) prawo obywatelstwa austryackiego,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do praktyki lekarskiej w kraju,

4) świadectwo z odbytej dwuletniej praktyki przy szpitalu publicznym.

Wymaganą jest dokładna znajomość obu języków krajowych oraz niemieckiego w słowie i piśmie.

Porada lekarska dla miejskich urzędników i sług oraz ubogich bezpłatnie.

Posada nadaną będzie na jeden rok prowizorycznie, a po upływie tego czasu w razie zadawalniającej służby może nastąpić ustalenie na tejże.

Gródek Jagielloński 4. lipca 1918. 248

Smajda, zast. burm.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 29. Kraków, 20. lipca 1918. Rok LVII.

edakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 20. lipca 1918. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



LEON KONRAD GLIŃSKI

(1870—1918)

W pogodne, słoneczne popołudnie lipcowe, w prostej dębowej trumnie ponieśli uczniowie na swych barkach śmiertelne szczątki ukochanego profesora, aby je złożyć na wieczny spoczynek na cmentarzu krakowskim. Zgodnie z życzeniem Zmarłego mów żadnych nad grobem nie było. Nikt głośno nie żegnał tego, który całe życie poświęcił pracy i umiłowaniu ideałów, który w trudzie i znoju pracował na niwie naukowej i nauczycielskiej, myśląc zawsze przedewszystkiem o nauce i uczniach, a potem dopiero o sobie. Jak skromnem było całe życie Prof. Glińskiego, tak skromnem było zakończenie pielgrzymki doczesnej. A chociaż słowy wymownemi nie sławił nikt cnót i zasług przedwcześnie zmarłego profesora, to jednak wśród licznie zgromadzonych Jego uczniów, uczenic, kolegów, przyjaciół i znajomych smutek rzewny zapanował, gdy trumnę do ziemi spuszczano. Żegnaliśmy go nie słowami, które nigdy nie są w stanie wyrazić głębi uczucia, lecz niemym smutkiem i serdeczną boleścią. Żal był szczery, jak szczerą była życzliwość ludzka, która opromieniała pochmurne Jego życie. Zaprawdę nie po różach stąpał ten o gorącem sercu prawy Polak, ten oddany całą duszą nauce uczony, ten niestrudzony i rozmiłowany w nauczaniu profesor.

Urodził się 15. lutego 1870 w Gorzkowicach, w ziemi piotrkowskiej. Po ukończeniu trzeciego gimnazyum w Warszawie wstępuje jako dwudziestoletni młodzieniec na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Po paru latach przenosi się do Wszechnicy Jagiellońskiej, aby odtąd związać z nią swoje życie, aż do końca. Jako student medycyny okazuje już szczególne zamiłowanie do anatomii patologicznej, której po ukończeniu studyów poświęcił się całkowicie. W roku 1897 zostaje w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej zastępcą asystenta, w rok potem otrzymuje dyplom doktorski w najstarszej naszej wszechnicy, a po dalszym roku zostaje zamianowany asystentem w wymienionym zakładzie. Odtąd życie płynie Mu wśród ustawicznej pracy naukowej i nauczycielskiej. Obowiązki swoje pojmował bardzo szlachetnie i poważnie. Słusznie mógł służyć za wzór asystenta. Młodzież lgnęła wprost do Niego, ceniąc w Nim rzetelną wiedzę, dar nauczycielski i szczerą dla niej życzliwość. Niemniej zyskiwał sobie młody asystent uznanie wśród uczonych pracami, znamionującemi sumienność badań, sąd dojrzały i przezorność we wnioskowaniu. Te zalety posiadają wszystkie Jego prace naukowe, od pierwszej aż do ostatniej. Niema wśród nich ani jednej przedwcześnie drukiem ogłoszonej lub pospiesznie opracowanej.

Po kilku latach wytrwałej pracy asystenckiej zostaje w końcu roku 1904 zamianowany przez Wydział lekarski docentem anatomii patologicznej, a wkrótce potem zatwierdzony w tej godności przez Ministerstwo wyznań religijnych i oświecenia publicznego w Wiedniu. Przed rozpoczęciem działalności nauczycielskiej jako docent, udaje się w roku 1905 do Paryża i tam przez pół roku uzupełnia swoją wiedzę, przykładając się szczególnie do bakteryologii. Wróciwszy do Krakowa, przystępuje z wielkim zapałem do wykładów dyagnostyki anatomiczno-patologicznej, tudzież do prowadzenia kursów praktycznych histologii patologicznej. Działalności nauczycielskiej poświęca bardzo dużo sił i czasu, z uszczerbkiem może nawet dla własnych badań naukowych, których jednak nigdy nie przerywa, mimo nawału pracy, połączonego z pełnieniem dalej uciążliwych obowiązków asystenckich. Oceniając w pełni Jego zasługi, uchwalił Wydział lekarski jednomyślnie na początku roku 1909 robić starania o zamianowanie Go profesorem. W kilka miesięcy potem nadeszła zasłużona nominacya z Wiednia na profesora rzeczywistego nadzwyczajnego, lecz... bezpłatnego. Prof. Gliński, nie mając żadnego osobistego majątku, musiał dalej pracować w uciążliwych warunkach, gdyż głównym dochodem Jego była nadal skromna płaca asystencka. Skrzydeł jednak nie opuścił, lecz z dawnym zapałem pracował, przelewając swoją wiedzę w bardzo licznych uczniów, oraz z poświęceniem oddając się badaniom naukowym. O zaszczyty się nigdy nie ubiegał, natomiast nie stronił od żadnej pożytecznej pracy, choćby nader skromnej, czego dowodem redagowanie przezeń bardzo sumienne Kalendarza lekarskiego krakowskiego przez cztery lata (1909—1912). Nie odmówił nawet tej niewdzięcznej i kłopotliwej pracy, gdy Go do niej wezwano. Brał również czynny udział w życiu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, będąc przez kilka lat bardzo pożytecznym bibliotekarzem i przez rok zastępcą przewodniczącego. Rzec można bez przesady, że Towarzystwo lekarskie krakowskie było poniekąd drugą katedrą, z której dzielił się swoją wiedzą już nie z uczniami, lecz z kolegami.

Po długich latach owocnej pracy uniwersyteckiej doczekał się nareszcie w r. 1913 płacy profesora nadzwyczajnego, pod warunkiem atoli, iż nadal pozostanie asystentem. Nie zwolniono Go z tego urzędu nawet w r. 1917, kiedy Mu przyznano tytuł profesora zwyczajnego. Pozostał asystentem do końca życia, pobierając za pełnienie wszystkich swoich obowiązków uniwersyteckich skromną płacę profesora nadzwyczajnego, która żadną miarą nie mogła wystarczyć na życie z rodziną, tudzież na kupowanie niezbędnych książek i czasopism naukowych. W takich to warunkach musiał pracować Prof. Gliński, — w warunkach, które są udziałem niejednego uczonego polskiego.

Nadszedł pamiętny rok 1914. Nie potrzeba przypominać — bo to zbyt świeże dzieje — jak wstrząsnął on do głębi duszami Polaków. Legiony, zalew rosyjski w Galicyi i przemarsz obcych armii w Kongresówce; nadzieje niebosiężne i brutalna rzeczywistość; zniszczenie ziem polskich i setki tysięcy Polaków, walczących przeciw sobie w różnych armiach; wojsko rosyjskie pod Krakowem i zawieszenie przez jedno półrocze wykładów we Wszechnicy Jagiellońskiej na wydziałach świeckich; obawa o los

Polski i niepewność najbliższej przyszłości; brak zgody wśród Polaków i wzajemne złorzeczenia; wszystko to miotało uczuciami wrażliwych natur, a do takich należał Prof. Gliński. Czasy wojenne głęboki nań wpływ wywarły. Przedwczesna siwizna coraz bardziej zaczęła przyprószać jego głowę, podobnie jak i jego rówieśników.

W drugim roku wojny został powołany do pełnienia służby wojskowej, jako kierownik prosektury wojennej w olbrzymim szpitalu załogi krakowskiej. Nie potrafił niczego zbywać połowicznie; każdą pracę musiał wykonywać sumiennie. Taką już miał naturę. A pracę w wojsku miał wielką. Nieraz od ósmej rano zaczynał robić sekcye, a kończył je, nie odchodząc niemal od stołu prosektoryjnego, o godzinie pierwszej, drugiej, a nawet czwartej popołudniu. Bywały dni, w których po dziesięć sekcyi trzeba było robić. Każdą robił dokładnie, z myślą, aby zbierany materyał zużytkować do pracy naukowej. Z prosektoryum wojskowego często udawał się wprost na wykład. Był w swoim żywiole, gdy młodzież nauczał. Nie szczędził dla niej ani zdrowia, ani czasu. Wykład, połączony z rozbiorem zwłok, prawie zawsze o godzinę przedłużał, byle jak najwięcej wiedzy wpoić w swoich uczniów. Lecz nietylko lubił nauczać, lecz i umiał uczyć znakomicie. Nie będzie bynajmniej przesadą, gdy powiem, że bezsprzecznie należał do najlepszych profesorów na Wydziale lekarskim w Krakowie. Odznaczając się wyjątkową pracowitością i niezwykłą wytrwałością, nawet w czasach wojennych znajdował czas na badania naukowe, o czem świadczą ogłoszone drukiem i pozostałe w rękopisach prace Jego.

Prosektura wojenna i jednoczesne nauczanie w uniwersytecie oraz praca naukowa był to trud, który zaczął przewyższać nadwątlone Jego siły. Dnia 28 czerwca miał jak zwykle wykład w uniwersytecie, a nazajutrz w szpitalu wojskowym nagle zasłabł w czasie wykonywania sekcyi. W osiem dni potem śmierć przerwała pasmo tego zacnego i pracowitego żywota. A stało się to wówczas, gdy po znojnych latach pracy otwierało Mu się wdzięczne pole działalności. Za rok miał otrzymać samodzielną katedrę w Uniwersytecie Krakowskim. Przedtem jednak jeszcze pragnął Go pozyskać dla siebie Uniwersytet Warszawski. Wierny swoim zasadom, aby nie uchylać się od żadnej pracy, którą mógłby spełniać z pożytkiem dla społeczeństwa, zawahał się na razie, co ma uczynić: czy zostać w Krakowie, czy zgodzić się na objęcie katedry w Warszawie? Wtedy, nie chcąc, aby jakiekolwiek względy osobiste przeważyły szalę postanowienia, zwrócił się do swoich blizkich przyjaciół, prosząc ich, aby orzekli, gdzie może pożyteczniej pracować: w Krakowie, czy w Warszawie? W ich ręce złożył swoją przyszłość. W tym czynie maluje się wyraźnie piękna dusza Prof. Glińskiego, który względami osobistymi nigdy się w życiu nie kierował.

Gdy rozeszła się wieść o chorobie Jego, wnet do łoża Jego pospieszyli uczniowie, uczenice, koledzy i przyjaciele. Jak Go kochano, można było dopiero w chorobie Jego ocenić. Najbliżsi Jego współpracownicy w prosektoryum wojskowem, a zarazem Jego uczniowie, dniami i nocami nie odstępowali od łóżka swego zwierzchnika i profesora, darząc go iście synowską miłością. Umierał spokojnie, jak prawdziwy mędrzec, z pełną świadomością końca swojej ziemskiej pielgrzymki. Mówił wiele o nauce, którą szczerze kochał. Z nami wszystkimi, cośmy go do ostatniej chwili otaczali, czule się pożegnał, dając nam różne zlecenia, nie pomijając nawet wskazówek, które książki z Jego księgozbioru mają być oddane w darze zakładowi anatomii patologicznej, które Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu, które Bibliotece medyków i które uczniom, którzy Go w chorobie pielęgnowali. Największą troską Jego w chwili śmierci było, że zostawia ukochaną żonę, wierną towarzyszkę życia, bez należytego zaopatrzenia na przyszłość, bo bardzo szczupła emerytura profesorska na jakie takie utrzymanie wystarczyć nie może. Taki to już los profesorów u nas: za życia biedują, a po śmierci nie mogą zapewnić rodzinie należytego utrzymania!

Pod wrażeniem śmierci nieodżałowanego profesora młodzież Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim ogłosiła odezwę, z której kilka ustępów przytoczę na dowód, jak Go kochała: »Niespodziewanie spadła na nas wieść, — czytamy w odezwie — iż Prof. Gliński nie żyje. Nie chcieliśmy wierzyć, że możemy stracić tego człowieka. Okropny ból ścisnął nam serce... Bo jakżeż nie kochać człowieka, który był świetnym profesorem, który z zaparciem się siebie pracował nietylko z całego serca dla tej młodzieży, chcąc przelać w nią całą swą wiedzę, ale pracował niemniej dla nauki polskiej, przynosząc jej chlubę i zaszczyt... Ceniliśmy w ś. p. Prof. Glińskim dobroć, miłość dla młodzieży, umiejętne z nią postępowanie. Można śmiało rzec, iż był szczerze przez młodzież kochany i sam kochał ją całem sercem. Nietylko pracował jako profesor dla dobra tej młodzieży, ale również, znając jej ciężkie materyalne warunki, starał się jej ulżyć. Lubo sam niezamożny, ofiarował w r. 1911 »Bratniej Pomocy Medyków« hojny dar tysiąca koron, które należały Mu się jako wynagrodzenie za wykłady. Z daru tego wdzięczna młodzież utworzyła fundusz Jego imienia w celu udzielania pożyczek niezamożnym kolegom na opłacenie egzaminów. Śmierć ś. p. Prof. Glińskiego przepełnia bólem nasze serca, bo zaiste wielką stratę ponosimy. Będzie nam przykładem w naszem postępowaniu. Pamięć o Nim długo nie wygaśnie w naszych sercach... Cześć Jego pamięci!«

Słowa powyższe wdzięcznej młodzieży, to wieniec złożony na grobie serdecznie kochanego profesora, wieniec z kwiatów niewiędnących, bo uwity z miłości, przywiązania i wdzięczności. Rzadko którego profesora tak rzewnie żegna młodzież. Zaprawdę życiem całem i charakterem swoim zasłużył sobie Prof. Gliński, aby pamięć Jego nie wygasła ani w sercach uczniów, ani kolegów, ani w kronice dostojnej, prastarej Wszechnicy Krakowskiej.

Przeszedł przez życie cicho, dobrze czyniąc. Na swoim sztandarze wypisał hasło: prawda, praca i wytrwałość. Hasłu temu nie sprzeniewierzył się nigdy. Odszedł, pozostawiając po sobie pamięć dobrego człowieka, sumiennego uczonego, nieocenionego profesora i prawego syna swej ojczyzny. Cześć Jego drogiej pamięci!

Adam Wrzosek.

Spis prac naukowych Prof. Leona Konrada Glińskiego.

1) Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle. Przegl. lek. 1901. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1901. Bd. 164. — 2) Przyczynek do sprawy t. zw. mięsaków limfatycznych kiszki (jelita grubego). Przegl. lek. 1902. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1902. Bd. 167. — 3) O polipowatych nowotworach mieszanych przełyku. Przegl. lek. 1902. Tożsamo Virchow's Archiv 1902. Bd. 167. — 4) Przyczynek do poznania zmian anatomopatologicznych w ostrej białaczce (lymphaemia acuta). Przegl. lek. 1902. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1903. Bd. 171. — 5) (wspólnie z S. Horoszkiewiczem). O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu. Przegl. lek. 1902. Tożsamo po niemiecku Vierteljahrschr. f. gerichtl. Mediz. u. öffentl. Sanitätswesen. 3 Folge. XXV. 2. — 6) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Wrodzona niedrożność jelit cienkich. Przegl. lek. 1903. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1909. Bd. 196. — 7) Gruczoły trawienne w górnej części przełyku u człowieka oraz ich znaczenie. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie. Serya B. T. XLIII. 1904. Tożsamo po niemiecku Bull. de l'Académie des sciences de Cracovie. 1903. — 8) Nabłoniak złośliwy kosmówki (chorionepithelioma malignum) w świetle nowszych badań. (Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w dniu 12. grudnia 1904). Przegl. lek. 1905. — 9) Korespondencya naukowa z Paryża. Nowiny lekarskie. XVII. 1905. — 10) Wrodzony brak śledziony. Przegl. lek. 1906. — 11) O nerwiaku zwojowym (ganglioneuroma) wraz z opisem własnego przypadku. Przegl. lek. 1906. — 12) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Przyczynki do anatomii i patologii wyrostka robaczkowego. Dziennik X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1907. — 13) (wspólnie z S. Ciechanowskim). O wrodzonych przetokach przełykowo-przełykowych. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Um. w Krakowie Ser. B. 1909. Tożsamo po niemiecku Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie. 1909. — 14) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Fistulae oesophageo-oesophageales congenitae. Virchow's Archiv 1910. Bd. 199. — 15) Skręt osiowy macicy ciężarnej. Przegl. lek. 1909. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1910. Bd. 31. — 16) Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. Nowiny lekarskie 1911. — 17) O przysadce mózgowej. Księga pamiątkowa X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911. — 18) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Przyczynek statystyczny do topografii wyrostka robaczkowego i kątnicy. Pamiętnik Zjazdu

chirurgów polskich w Warszawie 1911. — 19) W sprawie pochodzenia nowotworów mieszanych (t. zw. mięsaków groniastych) pochwy wraz z opisem własnego przypadku. Rocznik lek. II. 1912. — 20) Z kazuistyki zmian anatomo-patologicznych w przysadce mózgowej. Przegl. lek. 1913. — 21) Przysadka mózgowa wogóle, a ciąża w szczególności. Nowiny lek. XXV. 1913. (Wykład w Tow. lek. krak. 27. listopada 1912). Tożsamo po niemiecku Klin. therap. Wochenschr. Jahrg. XX. 1913. — 22) Przyczynek do sprawy guzów skrobiowatych w krtani. Przegląd lek. 1914. — 23) Beiderseitige Lungenhypoplasie. Wiener medizin. Wochenschr. 1915. — 24) Zmiany w ustroju ludzkim w przebiegu chorób zakaźnych i ich znaczenie. Wydawnictwo Kursów powszechnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1915.

Nadto w rękopisie pozostały prace:

25) W sprawie marskości żółciowej wątroby. (Badania doświadczalne na zwierzętach). Rzecz obszerna, do druku przygotowana. — 26) W sprawie potrzeby i znaczenia anatomii patologicznej dla wojska wraz z uwagami o prosekturach wojennych. — 27) Sprawozdanie z działalności prosektury wojennej w Krakowie od r. 1914 do końca lutego 1918.

Sprawozdanie

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich

za rok 1917.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza sprawozdanie za rok 1917, którem zamyka 50. rok istnienia Towarzystwa.

Myśleliśmy o uroczystym obchodzie półwiekowego jubileuszu, któryby wykazał znaczenie dążeń i usiłowań naszych. Zrzekliśmy się jednakże przeprowadzenia tej myśli. Wielka część naszych kolegów służy przy wojsku, inni są zajęci na tymczasowych posterunkach, które zająć musieli w czasie inwazyi; wielu kolegów przygniata troska o byt i los swoich, a wszystkich w niesłychanem naprężeniu utrzymuje los ziemi naszej i przyszłość Ojczyzny! Jeżelibyśmy chcieli zaznaczyć, jakim kapitałem pracy i z jakim skutkiem przyczyniły się Towarzystwa lekarskie, zjednoczone w naszej organizacyi, do podniesienia dobra kraju, do pogłębienia i rozszerzenia jego kultury, to należy to uczynić później po wojnie.

Zanim podamy szczegóły sprawozdania, zaznaczyć musimy, że zwołanie Walnego Zgromadzenia, na które mają przybyć do Lwowa koledzy przeważnie zamiejscowi, z powodu wojny i trudności komunikacyjnych dotąd było niemożebne. W porozumieniu z Krakowem i kolegami oddziałów prowincyonalnych, odłożyliśmy Walne Zgromadzenie na czas, w którym przyjazd kolegów do Lwowa będzie się mógł odbyć bez szczególnych trudności.

Daty z czynności Towarzystwa podajemy, jak każdego roku, tylko w krótkiem streszczeniu. Dla kontroli publicznej ogłaszamy ściśle rzeczowo ułożone wykazy, które wykazują, jak się gospodaruje i przedstawiają stan majątkowy Towarzystwa z dniem 31. grudnia 1917.

1. O ruchu naukowym naszych głównych oddziałów w Krakowie i Lwowie składają sprawozdania Towarzystwa lekarskie krakowskie i lwowskie w »Przeglądzie lekarskim«. Organizacya oddziałów prowincyonalnych, najdotkliwiej okupacyą i wojną naruszona, wymaga radykalnej naprawy, co może dopiero po wojnie nastąpić. Tu jednakże z uznaniem podnieść musimy, że dwa oddziały, jarosławski i zakopiański, już teraz się świeżo zorganizowały i że koledzy zamieszkali na prowincyi wnoszą najregularniej opłaty roczne, i to nawet wielu z tych, którzy służą przy wojsku. Zaległości już nie istnieją. W roku 1917 wnieśli 3.396 K 50 h tytułem opłat, czem, mimo zahamowanego życia oddziałów, przyczyniają się wydatnie do popierania celów Towarzystwa i podtrzymania piśmiennictwa lekarskiego w najtrudniejszych jego chwilach. Organ nasz, »Przegląd lekarski«, wierny swej tradycyi, tak, jak w przeszłości, tak i teraz, z zadania, które spełnić ma, chlubnie się wywiązuje. »Przegląd lekarski« jest na razie jedynym organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich, zanim »Tygodnik lekarski lwowski« znowu wychodzić zacznie. Organ nasz odbierają wszyscy członkowie Towarzystwa naszego, których miejsce pobytu jest nam znane. Ponieważ członkowie Towarzystwa odbierają teraz tylko jeden organ, t. j. »Przegląd lekarski«, tedy Rada zawiadowcza obniżyła opłaty roczne dla kolegów oddziałów prowincyonalnych z 25 K na 18 K także i na rok 1918, w którym to roku »Tygodnik lekarski lwowski« jeszcze wychodzić nie będzie.

2. Dary: W roku 1917 ofiarowali na wdowy i sieroty: Pani Profesorowa Gilewska z Wiednia 1.000 K, a oprócz tego na rok 1918 500 K — razem 1.500 K; Prof. Dr Adam Sołowij 1.000 K, które ofiarował, chcąc dać wyraz wdzięczności za leczenie żony, Dr Rudolf Sztenzel; Prof. Machek 300 K gotówką i 100 K nom. razem 400 K; Prof. Maksymilian Rutkowski nieprzyjęte honoraryum (przysłał Dr Fechter) 100 K. — Razem 2.900 K gotówką i 100 K nominaln.

3. Co do zapisów zaznaczyć należy: 1) Zapis Dr Leopolda Gawałkiewicza zrealizowano. Obecnie fundacya wynosi 10.600 K nom. Część podatków od spadku jeszcze mamy zapłacić. 2) Zapis Dr Alfreda Kalisza już sąd nam przyznał. Zatwierdzenie aktu fundacyjnego jest w toku. 3) Sprawa spadkowa po ś. p. Dr A. Lukasie jeszcze nie jest ukończona. Bank krajowy, w którym Dr St. Zbyszewski, kurator testamentu, złożył walory fundacyjne, przeniósł na nasz rachunek dawniejsze zaległe i zapadłe w roku 1917 odsetki. Odkąd odsetki pobieramy, wciągnęliśmy, jak wiadomo, zapis Dr Lukasa w stan czynny naszych fundacyi wieczystych. (Wykaz 4. V.).

4. W roku 1917 wsparcia stałe (pensye) wynosiły 14.210 K, a jednorazowe zapomogi 6.010 K, razem tedy 20.220 K. Wydaliśmy tedy o 4.000 K więcej na wsparcia dla wdów i sierot, niż w roku poprzednim. W latach wojny 1914—1917 pobrały nasze wdowy 64.465 K, a jeżeli do tego dodamy 8.400 K, pobranych dotąd w roku 1918, to się pokazuje, że Towarzystwo w czasie tej wielkiej potrzeby wspomogło je kwotą 72.865 K, nie uciekając się do nadzwyczajnych zbiórek i nie żądając od członków nic, prócz skromnej rocznej opłaty.

Na pensye i zapomogi jednorazowe zarząd Towarzystwa na rok 1918 preliminuje 23.000 K.

Poniżej ogłaszamy wykaz imienny wdów i sierót, które pobierały w ubiegłym roku wsparcia stałe lub jednorazowe zapomogi. Niektóre z wdów, potrzebujące bardzo pomocy, obok pensyi otrzymały osobną zapomogę, tak, że otrzymały znacznie więcej, niż 400 K, która to kwota stanowi dotąd normę pensyi wdowiej w naszem Towarzystwie. Tu wspomnieć należy, że zwłoka, z jaką niektóre wdowy odbierały swoje wsparcia, nie jest winą zarządu. Wysyłamy pieniądze za pośrednictwem pocztowej kasy oszczędności, w której to instytucyi, jak wiadomo, z powodu biernego oporu przez czas jakiś zwlekano z załatwianiem spraw bieżących. Zdarzało się także, że w czasie wojny, a szczególnie podczas ofenzywy nieprzyjacielskiej, czynność poczty wiele pozostawiała do życzenia.

W roku 1917 pobrały:

1. Pensye po 400 K: Panie 1) Berthleff Marya, 2) Bujalska Aniela, 3) Cholewiczowa Otylia, 4) Czesnakowa Olga, 5) Dulębina Stanisława, 6) Filimowska Ludwika, 7) Jasilkowska Marya, 8) Jurkiewiczowa Zofia, 9) Karpińska Józefa, 10) Końcewicz Franciszka, 11) Lastowa Rudolfina, 12) Leniartek Ida, 13) Marynowska

Wiktorya, 14) Michalikowa Wanda, 15) Nidecka Helena, 16) Piżlowa Wanda, 17) Przetocka Celina, 18) Riegerowa Zygmuntowa, 18) Sieradzka Marya, 20) Sokołowska Marya, 21) Szaferowa Ema, 22) Szczepańska Adela, 23) Szydłowska Marya, 24) Terlecka Izydora, 25) Widmanowa Michalina, 26) Wolframowa Marya, 27) Wachnianinowa Stefania, 28) Zborowska Antonina.

Po 300 K Panie: 29) Reissowa Stanisława, 30) Wierzbowska Honorata; po 240 K: p. 31) Gofrykowa Józefa, 32) Kramarzyńska Aniela, 33) Koernerowa Eugenia, 34) Krzykowska Anna, 35) Krzyżanowska Jadwiga, 36) Lewandowska Stefania, 37) Mayzlowa Henryka, 38) Oleksina Honorata, 39) Rotterowa Klara, 40) Sochacka Helena, 41) Wehrowa Tekla, 42) Zrogowska Joanna; po 160 K: 43) Merunowiczówna Józefa.

2. Jednorazowe zapomogi w r. 1917 pobrały: 1) Bartmańska Kornelia 100 K, 2) Berthleff Marya 100 K, 3) Berwidowa Marya 100 K, 4) Buchowa Gizela 60 K, 5) Doboszyńska Laura 50 K, 6) Dobrowolska Stefania 80 K, 7) Dubanowiczowa Felicya 80 K, 8) Galantowa Marya 100 K, 9) Gilnreinerowa Marya 100 K, 10) Gofrykowa Józefa 220 K, 11) Gorczyńska Ludmila 50 K, 12) Gostyńska Marya 240 K, 13) Gumowska Józefa 50 K, 14) Hoffmanowa Karolina 130 K, 15) Hoffmanowa Józefa 100 K, 16) Jaciówna Anna 100 K, 17) Jasilkowska Kazimiera 100 K, 18) Jasilkowska Marya 50 K, 19) Jurkiewiczowa Zofia 200 K, 20) Kawalerska 150 K, 21) Karpińska Józefa 100 K, 22) Krzykowska Anna 50 K, 23) Kirkorowa Rita 200 K, 24) Koncewiczowa Franciszka 50 K, 25) Koernerowa Alojza 50 K, 26) Kramarzyńska Aniela 100 K, 27) Kruszyńska Marya 100 K, 28) Konarzewska Paulina 50 K, 29) Kulczycka Stefania 100 K, 30) Lechówna Aleksandra 110 K, 31) Leniartek Ida 100 K, 32) Marynowska Wiktorya 200 K, 33) Męcińska Seweryna 100 K, 34) Mroczkowska Marya 50 K, 35) Nowosadowa Ludwika 100 K, 36) Obuszkiewiczowa Karolina 180 K, 37) Oleksina Honorata 60 K, 38) Piżlowa Wanda 50 K, 39) Reissowa Stanisława 50 K, 40) Romaszkanowa Zofia 200 K, 41) Semlerówna Aniela 110 K, 42) Semlerówna Marya 110 K, 43) Sakowska Malwina 50 K, 44) Szaferowa Ema 100 K, 45) Sochacka Helena 110 K, 46) Solaryk Paulina 40 K, 47) Sokal Róża 100 K, 48) Steidlerowa Józefa 160 K, 49) Stankiewiczowa Marya 50 K, 50) Świerzowa Józefa 110 K, 51) Szydłowska Marya 100 K, 52) Topolnicka Józefa 200 K, 53) Trost Zofia 100 K, 54) Tyllowa Sydonia 100 K, 55) Wehrowa Tekla 120 K, 56) Widmanowa Michalina 100 K, 57) Wierzbowska Honorata 50 K, 58) Zborowska Marya 150 K, 59) Zengtellerowa Marya 100 K, 60) Zrogowska Józefa 60 K.

Wdów i sierot po naszych kolegach, członkach Towarzystwa przybywa coraz więcej, a liczba zgłaszających się o pensye i jednorazowe zapomogi wzrasta z każdym dniem. Wojna i drożyzna sprawiły, że dziś także wdowy, które miały dotąd dostateczne zaopatrzenie, zmuszone są starać się choćby o jednorazową zapomogę. Zarząd Towarzystwa, uwzględniając wyjątkowo ciężkie czasy, wspomaga nasze wdowy i sieroty z każdym rokiem szczodrzej, a w wielu wypadkach wspiera podczas wojny także wdowy, których mężowie nie należeli do Towarzystwa, lecz tylko z tych funduszów, które według woli ofiarodawców są przeznaczone na wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach, bez względu na to, czy mężowie lub ojcowie byli członkami Towarzystwa, czy też nie.

5. Stan fundacyi wieczystych wraz z wartością Morszyna. (Wykaz 4). Fundacye wynoszą 989.245·56 K, a mianowicie w walorach 778.382·33 K, w książeczkach 30.911·82 K, wierzytelność na Morszynie 23.408·09 K, i w ziemi 156.543·32 K. Kapitał jest nienaruszalny. My korzystamy teraz tylko z odsetek jednej części. W roku 1918 pobierać będziemy odsetki z kwoty 596.000 w walorach. Odsetki z reszty pobierają albo dożywotnicy, albo według woli ofiarodawców przyłącza się je do kapitałów, które skutkiem tego wzrastają.

6. Zestawienie stanu majątkowego (Wykaz 2) nie jest bilansem w ścisłem słowa znaczeniu, gdyż nie uwzględnia pewnych zaległych, jeszcze nie ściągniętych należytości naszych, które może nie wpłyną, a również pewnych kwot, które będziemy musieli jeszcze uiścić. Tu należą pewne podatki, których dotąd jeszcze nie wymierzono. Pomimo tego daje wykaz ze względu, że obejmuje wszystko, co wpłynęło i co pozostało, rzeczywisty obraz naszego stanu finansowego. Stan majątkowy wynosi z dniem 31. XII. 1917 1,001.728·80 K. Wzrost stanu czynnego wynosi w roku 1917 23.109·14 K. Znaczny w ostatnich latach wzrost majątku, pomimo klęsk wojny, jest wynikiem oszczędności i energicznego starania, aby żadnego z dochodów, nawet najskromniejszych, nie uroniono.

7. Rachunek Morszyński (Wykaz 3.) zamknięto dochodem 2.280·67 K, który przyłączono do funduszu inwestycyjnego, wynoszącego z końcem roku 1917 11.525·08 K. Będzie rzeczą Towarzystwa przygotowane kwoty użyć w swoim czasie na przeprowadzenie niezbędnych inwestycyi. Że tego nie można było zrobić dotąd, a szczególnie w roku, w którym pod Morszynem odbyła się kałuska ofenzywa, dowodzić nie potrzeba. Wobec istniejących stosunków gospodarczych i komunikacyjnych, uchwaliła Rada zawiadowcza, aby: »na razie wykonać tylko najkonieczniejsze naprawki, zapobiegające ruinie budynków, systematyczne zaś inwestycye przeprowadzić po wojnie«.

O szkodach, które ponieśliśmy przez inwazyę rosyjską w budynkach, na folwarku, w lesie i w inwentarzu zakładowym, złożyliśmy w swoim czasie sprawozdanie. Bez sprawienia nowego inwentarza, w miejsce zrabowanego, zakładu zdrojowego prowadzić nie można.

8. W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy, wybrani na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, a mianowicie: prezes Machek E., zastępca prezesa Rencki R., sekretarz Zabłocki S.

Członkowie Rady koledzy: Browicz T. (Kraków), Ciechanowski S. (Kraków), Fechter T. (Jarosław), Gluziński A., Lachowicz Z., Müller E., Schellenberg L. i Sołtysik M. (Stryj).

Oprócz wyżej wymienionych zasiadają w Radzie zawiadowczej także kooptowani członkowie, a mianowicie: kol. Drak J., który pełnił przez część roku obowiązki sekretarza, i kol. Trzcieniecki, który pełni obowiązki skarbnika.

We Lwowie, dnia 1. marca 1918.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Członkowie Rady:
Browicz T.
Ciechanowski St.
Drak J.
Gluziński A.
Lachowicz J.
Müller E.
Schellenberg L.
Trzcieniecki K.

Prezes:
Machek E.

Zastępca:
Rencki R.

Sekretarz:
Zabłocki S.

Wykaz 1. Zestawienie rachunków za rok 1917.

	DOCHÓD	K	h
1	Pozostałość z roku 1916. Gotówka . . 3710·43 w Banku krajowym 8.821·46	12.531	89
2	Saldo w Banku krajowym z r. 1916	3.858	54
3	Morszyn Zakład i posiadłość dochód . . 9.335·— fundusz inwest. odsetki 922·07	10.257	07
4	Opłaty od członków Tow. lek. lwowskiego . . .	480	—
5	» » » » » krakowskiego . . .	408	—
6	» » » mieszkających na prowincyi . .	3.396	50
7	Wpisowe od » » » »	60	—
8	Dary na wdowy i sieroty	3.000	—
9	Odsetki z kapitałów . . . . 15.689·— » z depozytu Lukasa . . . . . 16.279·34	31.965	73
10	Zwrócono kasie już wypłacone kwoty	110	20
		66.067	93

	ROZCHÓD	K	h
1	Morszyn Zakład i posiadłość	7.003	33
2	Administracya: Manipulantka . . . . 780·— Lokal . . . . 300·— Druki, stemple, poczta, służba . . . 519·92	1.599	92
3	Na cele publiczne	42	50
4	Przegląd lekarski	2.037	—
5	Stałe pobory wdów i sierot (pensye)	14.210	—
6	Jednorazowe zapomogi dla wdów i sierot	6.010	—
7	Zwrócono funduszom (lokacya kapitałów)		
	a) funduszowi inwestycyjnemu Morszyna odsetki	922	07
	Dochód 1916	1.694	50
	» 1917	2.280	67
	Zwrot kaucyi z odsetkami	1.227	50
	b) funduszowi Dr Jana Rosnera	990	—
	c) » Dr Władysława Ściborowskiego .	540	—
	d) funduszom wieczystym odsetki	422	—
	e) zakupno efektów dla funduszów wieczystych	1.341	20
	f) funduszowi Dr Lukasa	10.000	—
	g) zakupiono dla »funduszu własnego« Towarz. lek. gal. efekta 2.000 K	1.800	—
	h) funduszom wieczystym zwrócono dary . .	2.910	—
		55.030	69
	Pozostaje z dniem 31. XII. 1917	11.037	24
		66.007	93

Wykaz 2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich. z dniem 31. grudnia 1917.

	STAN CZYNNY	K	h
1	Pozostałość kasowa z 31. grudnia 1917	11.037	24
2	Fundusze wieczyste (zob. wykaz 4.)		
	I. niewzrastające	223.000	—
	II. wzrastające	191.340	25
	III. tworzące się	30.954	58
	IV. z których pobierają odsetki dożywotnicy . .	181.882	33
	V. zapis Dr Lukasa, z którego pobieramy odsetki	194.000	—
	VI. Fundacya Stillerów (Morszyn)		
	a) wartość ziemi	268.045	—
	b) fundusz inwestycyjny Morszyna	11.525	08
3	Kaucya pocztowej Kasy Oszczędności Nr 190424 .	200	—
4	Los turecki Nr 294.398 należący do fundacyi Niedźwieckiego	246	—
5	Wartość inwentarza	1.000	—
	Razem . . .	1,113.230	48
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1917 1,001.728·80		
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1916 978.619·66		
	Wzrost stanu czynnego w r. 1917 23.109·14		

	STAN BIERNY	K	h
1	Pożyczka hipoteczna l. a 799	65.790	87
2	» » l. a 1025	22.302	72
3	Morszyn winien funduszowi wsparć Tow. lek. galic.	23.408	09
		111.501	68
	Stan czynny z d. 31. grudnia 1917	1,001.728	80
	Razem . . .	1,113.230	48

Lokacya walorów i kapitałów stanowiących stan czynny (Wykaz 2.) w dniu 31. XII. 1917.

Pozostałość kasowa (Wykaz 2. poz. 1.) umieszczona na rachunku przekazowym Banku krajowego l. 684. Papiery wartościowe funduszów wieczystych I. II. III. (Wykaz 4.), mające zabezpieczenia pupilarne, złożone w depozycie Banku krajowego na kwit depozytowy Nr 2.978. Z gotówki funduszów II. i III. (Wykaz 4.) znajduje się: 10.000 należnych fundacyi Dr Lukasa, na rachunku przekazowym Banku krajowego l. 684; fundusz Dr Kalisza 9.244·75 z odsetkami, na książeczce gal. Kasy Oszczędności Nr 101.495, reszta gotówki, w kwocie 141.99 K na książeczce gal. Kasy Oszczędności Nr 53.085. Książeczka funduszu Dr Kalisza pozostaje w przechowaniu Namiestnictwa, wszystkie inne książeczki i dokumenta bankowe przechowuje na razie Prezes Towarzystwa.

Papiery wartościowe funduszu IV., a mianowicie: 1) Jasińskiego i 3) Lukasa znajdują się w depozycie sądowym, zaś 2) fundusz Dr Barzyckiego złożony jest w Banku krajowym, kwit depozytowy Nr 1217. Papiery funduszu V. złożył wykonawca testamentu Dr Zbyszewski w Banku krajowym.

Fundusz inwestycyjny Morszyna VI 2 (Wykaz 4) złożony na książeczce Banku krajowego Nr 40.480.

Wykaz 3. Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.

A. Rachunek Morszyna.

	DOCHÓD	K	h		ROZCHÓD	K	h
1	Dzierżawa folwarku:			1	Płaca leśniczego	679	94
	za rok 1916 . . . . 1.200			2	Administracya	59	88
	za rok 1917 . . . . 4 600	5.800	—	3	Asekuracya budynków	400	—
2	Dzierżawa warzelni za rok 1915	500	—	4	Asekuracya leśniczego	36	24
3	Dochód z wyszynku za 1916 i 1917	1 200	—	5	Raty bankowe od poz. a i b	4.985	27
4	Za rozbiórkę domu Stacha	60	—	6	Wartość drzewa deputatowego i budulca	842	—
5	Zakład zdrojowy za drzewo	66	—	7	Na kaplicę w Morszynie	46	—
6	Las za drzewo i szkody	790	—			7.049	33
7	Wartość wybranego drzewa	842	—				
8	Zwrot asekuracyi leśniczego	72	—		Pozostaje z 31. XII. 1917	2.280	67
	Razem	9.330	—		Razem	9.330	—

B. Fundusz inwestycyjny Morszyna.

1	Z końcem roku 1916	8.400	34	1	Za odnowienie łazienek ryczałt p. Makarewiczowi	3.000	—
2	Odsetki	1.300	53	2	Odsetki temuż należne	378	46
3	Kaucya z odsetkami zwrócona z Banku krajowego	1.227	50			3.378	46
4	Docbód za rok 1916 (był złożony w Banku kraj.)	1.694	50				
5	Dochód za rok 1917	2.280	67		Pozostaje w funduszu inwestycyjnym	11.525	08
	Razem	14.903	54		Razem	14.903	54

Wykaz 4. Wieczyste fundusze Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Stan z dniem 31. grudnia 1917.

		Walory nom.	Na książeczce	Fundusz II. 3. udzielił (1910) Morszynowi pożyczkę	Wartość ziemi (Morszyn)
	I. **Fundusze niewzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi).				
1	Dr Barzyckiego	2.400			
2	Dr Biesiadeckiego Alfreda	14.300			
3	Prof. Czyżewicza Adama	34.000			
4	Dr Garbińskiego	2.800			
5	Dr Jasińskiego Władysława	126.300			
6	Fundusz 25-letniego Jubileuszu Towarzystwa	3.200			
7	Dr Krówczyńskiego Zegoty	800			
8	Dr Krzeczunowicza	8.600			
9	Dr Łuszczkiewicza	800			
10	Dr Mahla Jakóba	3.400			
11	Dr Merunowicza Józefa	4.000			
12	Dr Niedźwieckiego	17.300			
13	Dr Rosnera Jana	1.100			
14	Dr Rożańskiego Józefa	300			
15	Dr Ściborowskiego Władysława	600			
16	Dr Świątkiewicza Józefa	1.400			
17	Prof. Szulisławskiego Adama	500			
18	Prof. Ziembickiego Grzegorza	1.200			
		223.000			
	II. **Fundusze wzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi)				
1	Fundacya Prof. Gilewskiego	37.200	21·68		
2	Fundacya Dr Lukasa Adolfa	7.700	10.010·48		
3	Własny fundusz Towarzystwa lekarzy galicyjskich	113.000		23.408·09	
		157.900	10.032·16	23.408·09	
	III. **Fundusze,** z których odsetki przyłącza się na razie do kapitału.				
1	Dr Gawełkiewicza Leopolda	10.600			
2	Dr Kalisza Alfreda		9.244·75		
3	Prof. Macheka Emanuela	2.100	18·00		
4	Prof. Marsa Antoniego	4.500	35·61		
5	Prof. Rydygiera Ludwika	2.600	36·22		
6	Bezimienny, złożył Dr Stenzel Rudolf	1.100	20·00		
7	Na kaplicę Morszyńską	700			
		21.600	9.354·58		
	Razem I. do III.	402.500	19.386·74	23.408·09	
	IV. **Fundusze,** z których odsetki pobierają dożywotnicy.				
1	Dr Jasińskiego Władysława	91.055·82			
2	Dr Barzyckiego	60.826.51			
3	Dr Lukasa Adolfa	30.000.—			
		181.882·33			
	V. **Fundusz,** z którego Towarzystwo już pobiera odsetki. Sprawa spadku w toku.				
1	Legat Dr Lukasa Adolfa	194.000			
	VI. **Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.**				
1	Wartość Morszyna po odciągnięciu ciężarów				156.543·32
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna		11.525·08		
	Razem IV. do VI.	375.882·33	11.525·08	23.408·09	156.543·32

Zestawienie.

Wartość funduszów wieczystych: I. do VI.

1. W walorach	778.382·33
2. Złożone na książeczki	30.911·82
3. Na Morszynie	23.408·09
4. Wartość ziemi	156.543·32
Razem	989.245·56

Wykaz 5. Zestawienie statystyczne.

Rok kalendarzowy	Rok istnienia Towarzystwa	Udzielono wsparć w koronach	Majątek Towarzystwa [1])
1868	1	—	2.400 [2])
1876	9	770	12.968
1886	19	3.300	69.212
1896	29	6.780	345.349
1906	39	12.280	566.172
1909	42	11.900	586.553
1911	44	14.435	674.170
1912	45	15.550	703.624
1913	46	15.560	725.105
1914	47	13.065	—
1915	48	15.920	723.973
1916	49	15.260	978.619
1917	50	20.220	1,001.728
Suma wsparć w całem pięćdziesięcioleciu.		345.468	

[1]) W wykazie wstawiono wartość szacunkową Morszyna zawsze jednaką, t. j. 268.045, każdorazowo jednakże ciężary odliczono.
[2]) Sprawozdanie skarbnika Dra Kosińskiego.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

powodliwość, suggestibilitas.
zespół komórkowy, syncytium.
komórki zespólne, syncytiale Zellen.
kiłowiny, osutki kiłowe, syphilides.
wól podmostkowy, Tauchkropf.
postrzał mimobieżny, Tangentialschuss.
wrażliwość odległościowa, telepathia.
odjądrowy, testifugal.
dojądrowy, testipetal.
surowica probiercza, Testserum.
pograsiczy, thymeopriv.
nierozwit tarczycy, beztarczyczność wrodzona, thyreoaplasia.
odtarczyczny, tarczyczny, thyreogen.
śmierć grasicza, Thymustod.
świdrowiec, trypanosoma.
świdrowica, trypanosomiasis.
leczenie surowicą własną, autoserotherapia. 8.

Zjazd w sprawie wyludnienia kraju

w Warszawie 1—3. XI. 1918.

W Sekcyi II, walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, zgłoszono dotychczas referaty następujące: 1) Dr Wesołowski: Czynniki wyludniające i stanowisko wśród nich chorób wenerycznych. 2) Dr Wernic: Statystyka chorób wenerycznych w Królestwie polskiem. 3) Dr Wernic: Statystyka nierządu w Królestwie polskiem. 4) Dr Wernic: Statystyka środków i zakładów leczniczych dla walki z chorobami wenerycznemi w Królestwie polskiem. 5) Dr Krzyski: Statystyka chorób wenerycznych w wojsku polskiem. 6) Dr Kozerski: Zasady stosowania obowiązku tajemnicy lekarskiej w społecznej walce z chorobami płciowemi. 7) Mecenas Popowski: Niezbędne zarządzenia prawodawcze w dziedzinie walki z chorobami płciowemi. 8) Dr Wesołowski: Przedślubne świadectwo zdrowia jako ochrona rodziny od chorób wenerycznych. 9) Dr Kozerski: Pierwiastek płciowy i jego właściwy stosunek do całokształtu istoty ludzkiej, ze stanowiska pożytku społecznego. 10) Dr Rygier-Cękalska: Samoobrona społeczeństwa w walce z nierządem. 11) Dyrektor Zarzecki: System wychowania wobec pierwiastku płciowego.

Na koreferentów tematów głównych w Sekcyi II zostali z Galicyi zaproszeni: Prof. Łukasiewicz i prym. Lenartowicz ze Lwowa, prof. Krzyształowicz i prym. E. Walter z Krakowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zamiast wieńca na trumnę ś. p. prof. Dr Glińskiego złożył Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego na fundusz Jego imienia przy »Bratniej pomocy medyków U. J.« 500 kor., »Towarzystwo biblioteki medyków« i »Bratnia pomoc medyków« po 100 koron.

Warszawa. Dyrekcya służby zdrowia publicznego w Ministerstwie zdrowia publicznego wydała Biuletyn Nr 2, zawierający przepisy przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych w szkołach, rozporządzenia w sprawie uchodźców i sprawozdanie Dyrekcyi za r. 1917.

— Lekarze polscy, wracający z Rosyi do Warszawy, zorganizowali w czasie 3-tygodniowej kwarantanny w barakach pod Mińskiem litewskim Kółko naukowe, w którem odbyły się 4 wykłady treści lekarskiej, wygłoszone przez Dr E. Zielińskiego, Anteckiego, Janusza i Abramskiego. (Gaz. lek. 28).

— W szpitalu NPMaryi w Częstochowie umieszczono staraniem Towarzystwa lekarskiego tablicę pamiątkową Dr Wł. Biegańskiego. (Gaz. lek. 28).

Z różnych stron. Zjazd w sprawie opieki nad kalekami wojennymi odbędzie się w Wiedniu od 16. do 19. września b. r. Zgłoszenia uczestnictwa i wykładów przyjmuje prof. Dr H. Spitzy, Wiedeń IX, Frankgasse 1.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 2360/18.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Magistrat miasta Gródka Jagiellońskiego rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Gródku Jagiellońskim z roczną płacą 1600 koron i trzema pięcioleciami po 200 koron oraz dodatkiem drożyźnianym na czas wojny w wysokości 75% od płacy z terminem do 8. sierpnia 1918 r. włącznie.

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzin, wykazującą nieprzekroczony 40 rok życia,

2) prawo obywatelstwa austryackiego,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do praktyki lekarskiej w kraju,

4) świadectwo z odbytej dwuletniej praktyki przy szpitalu publicznym.

Wymaganą jest dokładna znajomość obu języków krajowych oraz niemieckiego w słowie i piśmie.

Porada lekarska dla miejskich urzędników i sług oraz ubogich bezpłatnie.

Posada nadaną będzie na jeden rok prowizorycznie, a po upływie tego czasu w razie zadawalniającej służby może nastąpić ustalenie na tejże.

Gródek Jagielloński 4. lipca 1918. 248

Smajda, zast. burm.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 30. Kraków, 27. lipca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

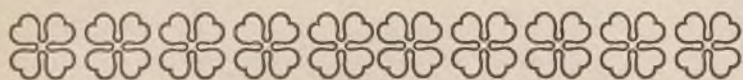
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

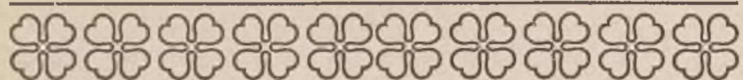
Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

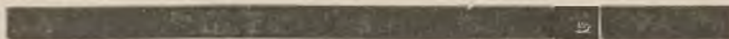
Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

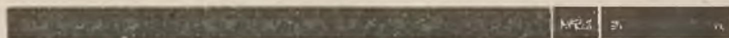
Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.











Rok LVII. Kraków, 27. lipca 1918. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

W książce mej: Chirurgia nerwów obwodowych (Kraków, 1916) objąłem całokształt tego działu chirurgii. Jeżeli obecnie zabieram znowu głos w tej sprawie, to między innemi dlatego, że o wartości operacyi nerwowych można wyrobić sobie zdanie dopiero w pewien, nieraz długi dopiero czas po operacyi. Pierwsze moje operacye na nerwach datują się od listopada 1915 r., tak, że obecnie mogę mówić już o przypadkach obserwowanych przez niemal $2^1/_2$ lat.

Podobne obserwacye efektu operacyi nerwowych u inwalidów, operowanych dawniej, ogłosił Stoffel (Münch. med. Woch. Nr 47—1917), tak że mogę zestawić jego badania wyników z mojemi.

	Stoffel	Klęsk
operacyi:	61, z tego:	80, z tego:
przy szwach:	57% dobrych wyników	16% dobrych wyników
przy neurolizach:	69·2% » »	52% » »
plastyki:	bez wyniku.	bez skutku.

Każdego uderzy tu duża różnica efektu po szwie u Stoffela, a u mnie. Wytłómaczyć ją można jednak natychmiast tem, że w statystyce Stoffela spotykamy na 61 operacyi, 28 wykonanych na nerwie promieniowym, który, jak wiadomo, daje ze wszystkich nerwów najlepsze po szwie rokowanie, bo nieraz osiąga się 70—80% wyleczeń (natomiast przy strzałkowym i pośrodkowym zaledwo 15—25%). Otóż zbiegiem okoliczności w statystyce mojej operacye na nerwie promieniowym stanowią $^1/_3$ innych i dlatego z natury samej rzeczy i procent wyleczeń mam mniejszy przy szwach.

Dodać tu jeszcze muszę, że prócz tego obserwowałem 42 przypadki, operowane gdzieindziej, tak że mogę właściwie mówić o wynikach 122 operacyi nerwowych.

Opierając się na tych statystykach, twierdzę stanowczo, że nerwy należy operować nawet w przypadkach zastarzałych. Neurolizy dają wprost znakomite wyniki. Nigdy prawie na pewno nie możemy powiedzieć, czy nerw jest w całości przerwany, czy nie. Choćbyśmy więc zgodzili się na to, że szew nerwu, zwłaszcza innego, nie promieniowego, daje wątpliwe wyniki, to operować trzeba, gdyż jeżeli spotkamy nerw częściowo uszkodzony, n. p. uciśnięty, efekt osiągniemy łatwo, gdy zaś nerw jest całkiem zniszczony, to chory nic nie ryzykuje. Dodać tu muszę, że bóle i zmiany troficzne przemawiają często za częściowem uszkodzeniem nerwu, podobnie nadmierne pocenie się skóry.

Każdemu operującemu nerwy nasuwa się pytanie, dlaczego wyniki na różnych nerwach są tak nieraz dyametralnie różne, a dalej, dlaczego czasem skutek po operacyi bywa szybki, niemal natychmiastowy (mimo poprzedniego braku ciągłości), a często każe bardzo długo czekać na siebie? Odpowiedź nie jest łatwa, bo przy nerwach w grę wchodzą rozmaite czynniki. Przedewszystkiem wynik osiąga się czasem przez usunięcie wpływu hamującego lub anastomozy nerwów, a nie przez zabieg, jako taki, na nerwie. Anastomozy nerwów i ich wzajemne zastępowanie się jest rzeczą stwierdzoną. N. p. w połowie ramienia łączy się nerw pośrodkowy z mięśniowoskórnym, a poniżej łokcia pośrodkowy z łokciowym. Rauschberg n. p. szybki powrót czynności po szwie odnosi jedynie do połączeń poniżej miejsca uszkodzenia. Niektóre mięśnie mają podwójne unerwienie (n. p. nerw m. dwugłowego, n. ramienny), a co ważniejsza, mogą się z czasem doskonale zastępować, ba nawet przy porażeniu nerwu promieniowego zginacze, napinając się forsownie, mogą trochę podnieść rękę, na co zwrócił uwagę Oppenheim. Nie osiągnie się żadnego wyniku lub osiągnie się go tylko zwolna w razie, gdy wystąpiły już duże zmiany troficzne i właśnie te nerwy dają najgorsze rokowanie, przy których zmiany troficzne są najczęstsze.

Doskonałe nieraz ruchy czynne mimo nadal istniejącego odczynu zwyrodnienia po operacyi dowodzą też jasno, że chodzi tu często raczej o pomoc sąsiadów i usunięcie wpływów hamujących. Bardzo też być może, że operacya działa nieraz w ten sposób, iż, usuwając izolującą bliznę, dozwala prądowi nerwowemu biedz swobodnie na obwodowy odcinek nerwu operowanego.

Jak najlepiej łączyć nerwy?

Swego czasu pojawiło się zdanie, że nerwów nie należy bezpośrednio łączyć ze sobą, lecz powinny się one same »szukać«. Do tego celu podał Edinger swe rurki, Moszkowicz pomost z sąsiednich mięśni, inni znów tkanki obce, katgut lub wszczepione nerwy. Niestety doświadczenie poucza inaczej. Stracker twierdzi, że rurki Edingera są zupełnie bezcelowe, gdy odstęp kikutów jest dłuższy, niż 2 cm. Goebel zwraca uwagę na częste tworzenie się przetok po stosowaniu rurek Edingera, co i ja w kilku przypadkach stwierdziłem. Struck wszczepił rurkę Edingera w ubytek nerwu łokciowego. Po 8 miesiącach z powodu braku wyniku ponowny zabieg, przy którym okazało się, że rurka pozostała niezmieniona, a kikuty nerwu, zamiast się »szukać«, przyrosły poprostu do ściany tętnicy i kolbowato zgrubiały.

Wszczepienia nerwów dają też smutne wyniki i dziwię się bardzo, że w ostatnim czasie Auerbach poleca je tak gorąco, że nawet Rehn podjął się zbierać nerwy i dostarczać do przeszczepiań lekarzom.

W mięsień wszczepiłem kikuty podług Moszkowicza dwa razy, dotąd jednak bez skutku.

Sądzę, że najpewniej jest podciągnąć, o ile się da, łagodnie ku sobie kikuty i po zatamowaniu krwawienia przyciągnąć je lekko szwami onerwowymi ku sobie tak, by się dotykały, lecz by ewentualny odpływ krwi nie był zatamowany, bo inaczej utworzy się krwiak, a potem izolująca blizna na przekroju. Szew należy potem otulić, i to najlepiej o ile możności tkanką tłuszczową*), ew. tętnicą cielęcą. Powięź nie nadaje się do tego, bo kurczy się bliznowato. Dokładne dopasowywanie »kabli«, jak żąda Stoffel, uważam za żądanie więcej teoretyczne i często wprost niewykonalne ze względu na różnice kalibru kikutów.

Bardzo dobre wyniki osiągnąć można często przez śródpęczkowe rozluźnienie, względnie wycięcie blizny. W trzech przypadkach osiągnąłem przez to wynik bardzo dobry, raz po prostu natychmiastowy, bo operowany (porażenie n. strzałkowego) już przy popołudniowej wizycie zaczął podnosić palce i stopę.

Im więcej wykona się operacyi na nerwach, tem wyniki są lepsze, a zarazem nabiera się z czasem poprostu »czucia«, czy operacya będzie skuteczna, czy nie.

*) Goebel do otulania używa z dobrym skutkiem wyjałowionego tłuszczu świńskiego.

Neurolizy, wykonane racyonalnie, dają często wprost znakomite wyniki. Często jednak trudno rozstrzygnąć, czy wykonać wątpliwą co do wyniku neurolizę, czy wycięcie i szew. W skaryfikacye, zalecane przez Buscha, Ehrmana i Kortewega, nie wierzę i w razie zupełnego porażenia nie waham się z wycięciem części zmienionej, bo drugi raz chorego bardzo trudno namówić na operacyę (n. p. po nieudałej neurolizie).

Po dobrze wykonanej neurolizie skutek wystąpić powinien w 2—4 tygodni. Gdy go niema do tego czasu, to zwykle nie wystąpi także później. Natomiast na wynik po szwie, zwłaszcza n. p. na nerwie kulszowym, trzeba czekać nieraz bardzo długo i nie tracić nadziei. W jednym n. p. przypadku moim (wycięcie 6 cm zniszczonego nerwu kulszowego u legionisty) zaczęły powracać ruchy dopiero w 18 miesięcy po operacyi.

Ritter zwrócił uwagę, że w polu przy oglądaniu ran spotyka się niezmiernie rzadko uszkodzenia nerwów, a na tyłach armii przy leczeniu następowem stosunkowo często. Dowodzi to, że w wielu przypadkach chodzi tu o zmiany następcze, wywołane przez ucisk drenów, tamponów, źle założonych opasek, szyn, tworzących się kostnin lub blizn, albo też o śródnerwowe blizny, powstałe przez pośrednie uszkodzenie nerwu wskutek naciągnięcia. Wszystkie te fakta powinny nas zatem zachęcać do operacyi na nerwach, i to o ile możności wczesnych, przed zjawieniem się zmian troficznych.

Doświadczenie moje nad operacyami nerwów obwodowych streszczam, jak następuje:

1) O ile możności należy szyć nerwy pierwotnie zaraz po uszkodzeniu i wtedy wyniki szwu są wprost idealne.

2) Po 3—5 miesiącach bezskutecznego leczenia zachowawczego powinno się bezwarunkowo odsłonić dany nerw (po poprzedniem gruntownem zbadaniu neurologicznem), chyba że zmiany troficzne są za daleko już posunięte.

3) W razie zupełnego porażenia i odczynu zwyrodnienia lepiej wykonać wycięcie nerwu i szew, niż wątpliwą co do skutku neurolizę.

4) Po szwie należy operowanego leczyć nadal bardzo sumiennie i długo i nie zrażać się brakiem wyniku.

5) Nerwy są tkanką tak nieobliczalną i delikatną, że wyniku operacyi przewidzieć nie można, lecz może dlatego właśnie powinno się nawet i w zadawnionych przypadkach operować, a nie opuszczać rąk.

6) Wszczepianie w ubytki ciał obcych lub tkanki nerwowej niema wielkiej racyi, przynajmniej nie daje tej pewności, jak zbliżenie kikutów do siebie, co w razie nawet dużych odstępów przez odpowiednie ułożenie kończyny, obluźnienie kikutów, względnie przesunięcie nerwu daje się bardzo często wykonać.

7) Na wynik po szwie, nawet w tych samych pozornie warunkach anatomicznych, trzeba czekać nieraz różnie długo, trzeba też tutaj cierpliwości. Dlatego też zniechęcanie się i wykonywanie ew. plastyk ścięgien, lub dawanie aparatów przed upływem dwóch lat uważam za postępowanie nieracyonalne, a czasem nawet błędne.

8) Z przypadków do operacyi przez neurologa przeznaczonych mniej więcej dwa razy tyle nadaje się do neurolizy, jak do szwu. Neuroliza daje w przeszło 50% przypadków dobre wyniki, natomiast szew (z wyjątkiem nerwu promieniowego) tylko zaledwo w $^1/_6$. Natomiast szew nerwu promieniowego daje wyniki nawet lepsze, niż neuroliza na innych nerwach.

Uwagi w sprawie reformy studyum lekarskiego.

Podał*)

Dr Antoni Schröder.

W sprawie reformy studyum lekarskiego zabieram głos w myśl intencyi prof. Cieszyńskiego, jako lekarz, który ukończywszy przed kilku laty to studyum, odczuwa częściowo w praktyce szpitalnej, częściowo prywatnej, wady swego przygotowania do życia lekarskiego.

*) Z powodu braku miejsca artykuł został przez Redakcyę bardzo znacznie skrócony.

Stwierdzam, iż nauka w szkole średniej wskutek zbyt małej ilości godzin, poświęconych naukom przyrodniczym, daje niedostateczną podstawę do przyszłego studyum lekarskiego. Zwróciwszy się do studyum lekarskiego, zaczyna słuchacz borykać się z szeregiem trudności. Pierwsza, to liczba współsłuchaczy. Będąc przez cały prawie ciąg studyów jednym ze stukilkudziesięciu (rok I. i II. — 180), odczułem, jak to utrudnia korzystanie zarówno z wykładu, jak i pracowni. Wykład przez konieczne w danych warunkach rozszerzenie demonstracyi przewleka się, staje się mniej zajmującym, męczy wykładającego, w sumie zaś ogólnej skraca się w treści, przez co znów zachodzi potrzeba ograniczania materyału wykładowego. Stokroć gorzej w pracowniach. Szczupłe ubikacye zmuszają do dzielenia słuchaczy na partye po kilkunastu, przez co znów poza innemi wadami zmniejsza się dla jednostki materyał naukowy. Odbija się to później brakiem wprawy technicznej, niedostatecznem przygotowaniem do techniczno-eksperymentalnej strony zawodu, u niektórych zaś doprowadza do lekceważenia techniki zawodowej i eksperymentu jako metody naukowej. W uwagach dotychczas ogłoszonych zastanawiano się nad tem, jak zaradzić przepełnieniu studyum lekarskiego. Podobno sposobem tym ma być »numerus clausus«, census inteligencyi i zdolności i podwyższenie czesnego. Kwestyę tę pozostawiam powołanym, t. j. Wydziałom lekarskim Uniwersytetów. Jedynie pozwolę sobie zwrócić uwagę, iż zdolności i zamiłowanie do zawodu niezawsze idą w parze z dobrym bytem materyalnym, że społeczeństwo nasze w przeważnej większości jest ubogie i że wreszcie zdolności mogą się dać poznać dopiero w czasie studyów, zaś nastroszenie ich trudnościami materyalnemi może niejednego ubogiego a zdolnego odstręczyć.

Drugą trudność stanowi nędzna, urągająca pojęciu wiedzy i nauki, dotacya zakładów. Uniemożliwia ona pracę naukową uczącemu, nie pozwala na zdobycie odpowiedniego zasobu wiedzy słuchaczowi. Tu, sądzę, wprost koniecznem jest otworzenie oczu społeczeństwa, a może z czasem dojdziemy do tego, że zamiast, jak się to po dziś dzień zdarza, zapisów na cele nieproduktywne, pojawią się prywatne zapisy, nadające jeśli nie rozmach, to przynajmniej swobodę ruchów nauce polskiej.

Jednym z warunków należytego korzystania z każdej nauki jest możność uczenia się z odpowiedniego podręcznika. W tym kierunku jest u nas źle. Słuchacze mają do dyspozycyi podręczniki we wszystkich językach z wyjątkiem ojczystego. Brak podręczników w języku polskim (przyznaję, że w ostatnich latach zaznacza się w tym kierunku pewna poprawa) jest zjawiskiem upokarzającem, bo przecież medycynę wykłada się nie od kilku lat w Polsce. Wiadomo, iż napisanie podręcznika, zwłaszcza zaś dobrego, nie jest rzeczą łatwą, nie jest jednak rzeczą niemożliwą, a chyba w Polsce mamy dość sił fachowych, któreby mogły spełnić ten obowiązek społeczny i narodowy. Brak podręczników polskich wywołuje u słuchacza wątpienie w wartość wiedzy rodzimej, zmniejsza zaufanie — a dodam — i szacunek dla grona profesorskiego, młodzież bowiem ucząca się jest krytyczna, w sądzie dość ostra, lecz w głębi i sprawiedliwa. Posługiwanie się obcymi podręcznikami toleruje i wzmaga naszą wadę narodową cenienia tylko tego, co obce. W końcu zaznaczam, iż wiele podręczników niemieckich (przeważna część rosyjskich, to tylko tłomaczenia tamtych), dając poznać tylko niemiecki punkt pojmowania w medycynie teoretycznej i praktycznej, zacieśnia horyzont wiedzy. Jest rzeczą znaną, iż istnieje różnica w pojmowaniu niejednego zakresu spraw chorobowych n. p. we Francyi. Tak postępując, podajemy się w niewolę duchową szkół niemieckich, pozostając sami bez indywidualizmu naukowego. Jeśli już losy nałożyły kajdany na ciało, niechże przynajmniej duch pozostanie wolnym i swojskim.

Do należytego i owocnego funkcyonowania organizmu naukowego należy także dostateczność liczebna i jakościowa sił pomocniczych; mam tu na myśli demonstratorów i asystentów. Liczba ich powinna być znaczna, trudno bowiem, by docent poza pracą naukową, przygotowaniem materyału wykładowego był też asystentem, słuchacze zaś, im więcej ludzi poświęca im swą pracę i wiedzę, tem więcej skorzystają. Należałoby unikać częstych zmian personalu pomocniczego, co jednak z ważnych przyczyn zbyt często się zdarza; zajęcie bowiem przy jednej katedrze w roli asystenta lub demonstratora wymaga już jednak pewnej specyalizacyi w tym dziale, to zaś osiąga się dopiero z czasem. Demonstrator zaś lub asystent, który nim jest tylko rok, zaledwie sam zaczyna się lepiej oryentować i już ustępuje, pozostawia na swem miejscu drugiego nowicyusza, który sam gorączkowo chwyta zasadnicze szczegóły i podaje je przy objaśnieniu słuchaczowi, nie potrafiąc niejednokrotnie udzielić szczegółowszych i gruntowniejszych objaśnień. Wymagać zaś od pro-

fesora czy docenta, by te właśnie objaśnienia dawał przy każdym preparacie i przypadku i każdemu słuchaczowi, niepodobna, bo braknie mu na to czasu i sił. Tak na tę sprawę patrząc, byłbym zdania, iż nietylko na asystentów, lecz i na demonstratorów należałoby powoływać lekarzy, a nie medyków lub rygorozantów, choćby za cenę znacznych ofiar materyalnych; obok wielu innych zyska się dwie korzyści: po pierwsze, iż będą to ludzie, nie mający na głowie wykładów, ani egzaminów, więcej więc czasu będą mogli poświęcić opracowaniu demonstracyi, po wtóre zaś, mając całkowite wykształcenie lekarskie, nie będą przy objaśnieniu zaskoczeni niejednem, może pozornie odbiegającem dalej od tematu pytaniem, a wreszcie będą mogli objaśnienie więcej celowo i racyonalnie poprowadzić, nie obarczając nieobeznanego jeszcze słuchacza balastem szczegółów drobnych, zajmujących specyalistę badacza, zaś dla ogólnolekarskiego wykształcenia mało, albo nic nie znaczących.

Ze sprawą tą łączy się sprawa obecności profesorów i docentów przy zajęciach praktycznych i ich kontrola. Po pierwsze uważam to za ich obowiązek i nad tą sprawą nie uznaję dyskusyi. Wypełnianie tego obowiązku daje przy tem wiele korzyści. Po pierwsze wchodzi tu w grę bogata skarbnica doświadczenia, zwłaszcza w medycynie praktycznej, nie mogąca być udziałem młodego asystenta, sprawa tak ważna, iż sama przez się mogłaby stanowić przedmiot dłuższego niż obecny artykułu. Drugą korzyścią będzie to, iż docent przez osobiste zetknięcie się ze słuchaczem i dyskusyę nabędzie pojęcia o stanie jego wiadomości, co może być dla niego cenną wskazówką do prowadzenia wykładu, późniejszy zaś egzamin w takich warunkach przestanie być dla obu stron kwestyą przypadku lub »szczęścia«, jak to aż nazbyt często dziś się zdarza, a będzie tylko ostatnią oficyalną sposobnością do uzupełnienia sobie wyobrażenia o stanie wiedzy słuchacza. Poza tem zmusi to słuchacza bodaj przez ambicyę do usilniejszej pracy. Oprócz kontroli wiedzy słuchaczy nie zaszkodzi i kontrola nad personalem pomocniczym, czy należycie i celowo spełnia swe zadanie. Co do kontroli wiedzy słuchaczów mógłby mi ktoś zarzucić, że istnieją t. zw. kolokwia, uważam je jednak znów za egzamin, zbyt często masowo w przeciągu paru dni i powierzchownie czasami odbywany, a więc znów przypadek, »szczęście« i t. p.

Niejednokrotnie zaobserwowałem, iż słuchając wykładu czy objaśnienia demonstracyi i t. p., za mało spotyka się zachęty do samodzielnej pracy i samodzielnego myślenia. Nauczanie staje się przez to pewnego rodzaju dogmatem, nauka zaś reprodukcyą, wytwarza się atmosfera senności, rezygnacyi i brak przedsiębiorczości naukowej. Brak nieraz wytłómaczenia, uzasadnienia, ewentualnie podawana bywa hypoteza lub teorya, dość zresztą rzadko poddana krytyce naukowej. Nie chodzi mi o dawanie wiadomości tam, gdzie ich dać nie można, bo nie istnieją, lecz możnaby przynajmniej w zarysie wskazać od czasu do czasu drogę, jaką badania w danym kierunku iść powinny, cel, do jakiego dążyć należy i t. d.; ot rzucić po prostu iskrę w te ławki zapełnione. Bo któż wie, czy nie tai się tam gdzie duch przedsiębiorczy i twórczy, który iskrę pochwyci i dojdzie do celu. Samoistne myślenie jest w życiu lekarza tak potrzebne, iż wszelkie środki w tym celu powinny być wyczerpane. Zmusić zaś do tego można przedewszystkiem doświadczeniem i celowo prowadzoną dyskusyą, głównie znów w czasie zajęć praktycznych, dyskusyą nie apodyktyczną, lecz dozwalającą, a nawet zmuszającą do zajęcia przez słuchacza własnego stanowiska, jego obrony i uzasadnienia.

Poruszyć jeszcze muszę sprawę stosunku uczuciowego profesora czy docenta do słuchacza. Pamiętam profesorów i docentów, za którymi się przepadało, takich, co przychodzili wykład odrobić i takich, między którymi a słuchaczami istniała mniejsza lub większa nieufność lub obojętność. Słuchacz jest nader wrażliwy i nader przykre odnosi wrażenie, jeżeli czuje, że docent stawa tylko na piedestale własnej pozycyi naukowej i towarzyskiej, a słuchacz dla niego jest tylko uczniakiem. Dawniej inaczej bywało; co prawda zmiana nastąpiła może nie z winy docentów, a raczej z przyczyn ubocznych; nie chcę ich wszakże poruszać, to tylko podkreślę, że nie dobrze jest, iż się to zmieniło, bo kto z sercem, przyjaźnią lub życzliwością uczy — najlepiej uczy. Miejmy nadzieję, iż zmienią się warunki, a wówczas wróci owa żywsza i serdeczniejsza łączność wzajemna.

Studyum lekarskie, mimo iż jest nauką w całem tego słowa znaczeniu praktyczną, jednakże musi słuchaczowi pozostawiać dość czasu na uczenie się z podręczników, raz choćby dla utrwalenia w pamięci poznanych faktów, powtóre dla rozszerzenia wiedzy, w żadnych bowiem warunkach nie może docent dać mu całokształtu, dobrze, jeśli da gruntowny zarys przedmiotu; a ileż to razy z przyczyn zewnętrznych zdarza się, zwłaszcza w klinikach, że docent nie wyczerpie całości materyału. Obecnie jednak dzień jest tak pracą zajęty, iż mała reszta musi służyć do odpoczynku, a słuchacz często czuje się ilością wykładów zbyt zmęczony. Jest to już pierwszy wzgląd, przemawiający za rozszerzeniem czasu na studyum lekarskiem. Rozrost materyału naukowego sprawia, iż docent mimo najlepszych chęci nie może przejść całego materyału swego przedmiotu i radzi sobie w ten sposób, iż albo skraca treść wykładu, albo wykłada przedmiot cyklami, nieraz w zakresie 3—4 półroczy. Tak więc albo słuchacz dostaje materyał szkicowo obrobiony, albo też nie całkowity, z braku czasu bowiem i kolizyi z innymi wykładami nie może przez 3—4 półrocza słuchać różnych działów tego samego przedmiotu. Stosunki te odbijają się później czasami przy egzaminach. Powoławszy się poprzednio z powodu przeładowania wykładami dnia na nadmierne zmęczenie, muszę z tego samego powodu wystąpić przeciw wszelkim dwugodzinnym wykładom; jeśli zaś już inaczej być nie może, to należy w połowie takiego wykładu urządzić przynajmniej 5-minutową przerwę. Wykład dwugodzinny, w jego trzeciej (końcowej) części, uważam za mało wartościowy; słuchacz, o ile się nim naprawdę zajmuje, traci na sile skupienia uwagi, docent zaś męczy się i w ten sposób obie strony ponoszą szkodę.

Za przedłużeniem czasu trwania studyum lekarskiego przemawia także konieczność rozszerzenia materyału naukowego, i to, mojem zdaniem, nieodzowna. Obecny materyał naukowy wykazuje rażące braki, zwłaszcza zaś w kierunku wykształcenia praktycznego, braki, którym można i musi się zapobiedz przez stworzenie nowych katedr pomocniczych. Kwestyi, czy ma być wykładana, biologia czy też zoologia, botanika i t. p., nie będę tu poruszać, zaznaczam tylko, iż osobiście z wielu względów jestem zwolennikiem biologii. Dlaczego przez długie lata nie wykładano historyi medycyny, nie rozumiem, choć sądzę, iż jest to rzecz konieczna, a wykłady te powinny być obowiązkowe.

Za poważne zaniedbanie muszę uważać brak wykładów i ćwiczeń praktycznych z zakresu terapii fizycznej, tak, jak wogóle nauczanie odrębne hydro-, klimato-, elektro-, mechano- i radyoterapii dotąd nie istniało. To też słuchacz, przedzierżgnąwszy się w lekarza, nagle staje wobec siebie, gorzej, bo wobec chorego z pustką w tym kierunku. Wprost nie wie, czem się różni w działaniu okład zimny lub gorący od wysychającego, nie zna różnicy między prądem galwanicznym, a faradycznym; o innych nowszych metodach wie tyle, że istnieją, że używa się ich — lecz kiedy, jak i z jakim skutkiem? A przecież dział leczenia fizycznego, tak obszerny i ważny, w niejednym przypadku chorobowym jest podstawą leczenia. Nim zaś młody lekarz zaznajomi się z tym działem, nim niejedną przeżyje kompromitacyę wobec bywalca rozmaitych »badów« i sanatoryów, może przez zastosowanie nieumiejętne lub nieracyonalne niejednego chorego przyprawić o poważną szkodę. Czemu mu wreszcie nie dać tego, co najtrudniej sobie wyrobić, to jasnego sądu o wartości różnych metod tego działu lecznictwa; poco narażać jego chorych na nowe, zbyteczne eksperymenta, przez które mozolną i niezawsze szczęśliwą drogą zdobędzie w końcu znajomość przedmiotu.

Nie wiem, dlaczego nie łączy się w wykładzie poszczególnych działów. Przy wykładzie położnictwa byłyby pożądane szerokie uwagi o warunkach ciąży wśród ogólnych spraw chorobowych z zakresu innych działów specyalnych, a odwrotnie w tych działach o stosunku tych schorzeń do ciąży. Również byłoby pożądane we wszystkich działach znaczne rozszerzenie wykładu o wskazaniach do przerwania ciąży. Zdumiewają się nieraz w klinikach i szpitalach nad wskazaniami, z jakimi lekarze przysyłają chore do przerwania ciąży, a przecież przez obszerniejsze wykłady tego rodzaju niejedno zło dałoby się usunąć.

W nauce farmakologii odczuwa się dwie potrzeby, mianowicie: 1) więcej, niż dotąd, kierunku doświadczalnego, rozszerzenie wiadomości z zakresu fizyki i chemii w zastosowaniu do receptury i wprost ćwiczenia przynajmniej jedną godzinę na tydzień w tym kierunku. Docenci działów praktycznych sami wiedzą najlepiej, co to znaczy zażądać od słuchacza lub rygorozanta skreślenia choćby najprostszej recepty. Gorzej, bo spotyka się lekarzy w lat 5—6 po ukończeniu studyów, którzy nie mogą sobie dać rady z najprostszą receptą. Zapewne część winy po ich stronie, lecz brak wyćwiczenia ich w tym kierunku w czasie nauki nie jest tylko ich winą. Wyćwiczenie powinno się tu kontrolować i przy egzaminie. Wtedy młodzi lekarze nie będą wpadać w objęcia kalendarzyków lekarskich i t. p. Z tem

łączy się kwestya nauki o wskazaniach lekarskich, działu, również zaniedbanego, o czem jeszcze niżej powiem.

Z dotychczasowych przykładów wynika, iż należałoby przedłużyć studyum lekarskie. Na jak długo? Sądzę, iż należy to pozostawić Wydziałom lekarskim, zależeć to bowiem będzie tak od obszerności materyału branego na uwagę, jak i od rozkładu wykładów. Zaznaczę tylko, iż może przez proponowane dotychczas, a słuszne, zmniejszenie feryi (razem do pół roku wynoszących) zyska się co najmniej dwa półrocza czasu, — bez zwiększania obowiązkowej liczby półroczy studyum. Przy kosztowności studyum, a ubóstwie naszego społeczeństwa także kwestya ponoszenia kosztów kształcenia o rok dłużej powinna zwrócić uwagę reformujących.

Za konieczne uważam, by wszelkich wykładów z teoretycznej medycyny wysłuchał uczący się przed medycyną kliniczną; chodzi tu głównie o anatomię patologiczną, patologię, farmakologię, metody badań klinicznych, bakteryologię. Sądzę, iż konieczny jest z przedmiotów tych II. egzamin, z obowiązkiem składania go przed zapisaniem się na półrocza kliniczne; słuchacz bez tego egzaminu nie powinien być dopuszczony do studyum klinicznego. W ten sposób rozdzieli się równomierniej egzamina, co ważniejsza, stworzy się jedynie racyonalną podstawę do należytego zrozumienia i odpowiedniej korzyści ze studyum klinicznego, a w końcu zmusi się słuchacza do celowej pracy. Ułatwi to też pracę docentom klinicznym, ograniczając nieco dygresye w kierunkach teoretycznych w czasie nauki, dotychczasowe bowiem korzyści ze studyum klinik między innemi i z tego powodu zmniejszają się. Po takiem przygotowaniu przy znacznie większym nacisku na wszechstronne wykształcenie w metodach badania, powinien słuchacz przejść do kliniki, gdzie jednak także pożądane są pewne reformy.

Naprzód w sprawie asystentów klinicznych. Nie twierdzę, by stan obecny był zły, ale możnaby go ulepszyć. Obecnie zazwyczaj wstępuje do kliniki młody lekarz zaraz po uzyskaniu dyplomu, nie zaznajomiwszy się z innymi działami medycyny praktycznej. Czy nie lepiej byłoby wymagać przynajmniej dwuletniego okresu kształcenia się we wszelkich działach medycyny przed poświęceniem się jakiejkolwiek gałęzi specyalnej? W ten sposób przeciwdziałanoby najlepiej nadmiernej specyalizacyi w oderwaniu od reszty medycyny, co się w ostatnich czasach tak daje we znaki. Już sami profesorowie i docenci w wykładzie stają na stanowisku specyalności nieraz zbyt jaskrawo. A w życiu codziennem! Zdarza się, że chirurdzy wprost wydrwiwają medycynę wewnętrzną jako »metafizykę«, internista zaś odwrotnie zarzuca, iż tamci wszystkoby chcieli leczyć nożem. »Salus aegroti lex suprema esto« powinno być dla studenta medycyny i młodego lekarza jedynym wskaźnikiem; niech uczy się myśleć i oceniać swe postępowanie z tego punktu widzenia, bo to będzie i być powinno celem jego działalności. Skutki dotychczasowego stanowiska i panoszenia się specyalizacyi są fatalne; widzi się lekarzy, którzy z najprostszem zagadnieniem ślą zaraz chorego do specyalisty, w działach zaś operacyjnych brak odpowiedniego doświadczenia utrudnia stawianie wskazań operacyjnych i postępowanie przy ewentualnych komplikacyach przy leczeniu pooperacyjnem.

Dalej należy znaczny nacisk położyć na naukę wskazań lekarskich, zwłaszcza w odniesieniu do terapii szczegółowej, szczególnie chorób wewnętrznych. Należy nauczyć słuchacza, by w każdym poszczególnym przypadku oryentował się nietylko w samem rozpoznaniu, lecz i w okresie choroby i ogólnem leczeniu, a nadewszystko w zastosowaniu leczenia w danych warunkach i u danego osobnika. O tem wszystkiem mnie i mym rówieśnikom mało albo prawie nic nie mówiono; niestety z braku miejsca nie mogę tej sprawy szczegółowiej rozpatrywać i muszę poprzestać na tem krótkiem zaznaczeniu.

Wśród młodych lekarzy aż nazbyt często przeważa typ nihilistów terapeutycznych, i to w tym stopniu, iż czasami odnoszę wrażenie, iż najchętniej poprzestaliby na rozpoznaniu, uważając leczenie za nonsens, bo przecież nic nie pomoże. Z punktu widzenia etycznego nie wahałbym się nazwać takiego stanowiska oszustwem moralnem. Poco podawać się za lekarza, jeśli cała pomoc, dana choremu, ma polegać na mniej lub więcej dobrem określeniu, co mu brakuje i jak długo będzie żyć i na zapisaniu na odczepne recepty — »ut aliquid fieri videatur«. Jeśli się nie wierzy w swój zawód, to nie należy się mu oddawać. A przecież leczenie, nie mówiąc już o działach chirurgicznych, istnieje i osiąga skutek w szerokim zakresie chorób wewnętrznych; lecz wymaga wielu wiadomości, pracy i doskonałej oryentacyi i przedewszystkiem inteligentnego i logicznego myślenia. Prawda, iż warunków dużo, lecz od czego sumienność i poczucie odpowiedzialności. A wiele z tych warunków powinno dać studyum lekarskie. Przedewszystkiem podać dużo, powtóre zaostrzyć wymagania. Niech klinika, zwłaszcza medyczna, poda sobie rękę z katedrą farmakologii, niech słuchacz nauczy się tego, co umieć powinien i co mu w życiu praktycznem będzie koniecznie potrzebne. A więc więcej nacisku na ten dział medycyny.

Ze praktycznie zbyt mało korzysta słuchacz z klinik, przyczyną przedewszystkiem nadmierna liczba słuchaczy, skromne uposażenie i t. p. W każdym razie obserwacya sześciu do siedmiu chorych przez czas słuchania danego działu, to za mało; chorzy ambulatoryjni nie zastąpią obserwacyi klinicznej. Za konieczną uważam też obserwacyę przez słuchaczy chorych kliniki chirurgicznej i położniczo-ginekologicznej, z kształceniem się w postępowaniu operacyjnem, z zaznajomieniem się z leczeniem zachowawczem, z techniką niektórych zabiegów na sali chorych. Wielka operacya, wykonana przez profesora na sali operacyjnej, niczego nie nauczy, bo i tak zbyt niewielu słuchaczy, i zbyt mało widzi. Powikłania operacyjne, ich stosunek do zabiegu i choroby zasadniczej i cały aparat kliniczny pooperacyjny, pokazanie trudniejszego opatrunku, to są chyba rzeczy godne widzenia i wysoce pouczające, a przytem konieczne. Obecnie po pokazaniu przed operacyą chory przepada dla słuchacza, który widzi go potem tylko na stole sekcyjnym lub też jako wyleczonego z blizną. Ile na tem uczący się traci, nie potrzebuję podnosić.

Przy obserwacyi w klinice należałoby wymagać od słuchacza zbadania chorego wszelkiemi metodami (prócz tych tylko, które wymagają specyalnej i zawiłej techniki), a więc badanie fizyczne, badanie moczu, kału, plwociny, krwi, naturalnie pod kontrolą asystenta.

W klinikach istnieje jeszcze instytucya t. zw. koasystentów, to jest studentów, pomagających asystentom. Ma ona tę zaletę, że słuchacz taki niewątpliwie więcej korzysta, niż inni, że dążąc do asystentury, jest już w danym dziale nieco podkształcony. Szkoda jednak, jaką ponosi przez zaniedbanie innych wykładów i klinik, jest znacznie większa i korzyść poprzednią czyni iluzoryczną, bo nie opiera jej na szerokiej ogólnej podstawie. Z tego też powodu byłbym za zniesieniem tej instytucyi.

To są myśli, które mi się nasuwały już od pierwszych kroków w życiu pozastudenckiem, praktycznem, częścią wśród osobiście przeniesionych zawodów i trudów, — bo wiele musiałem dorabiać sam, prawie bez wskazówek, z większym nakładem pracy i czasu, niżby to przy uwzględnieniu tych rzeczy już w czasie studyów, wymagało, — częścią wśród dyskusyi z kolegami, które mnie przekonały, że tesame braki odczuwają i inni. Uwagi te niech nie zostaną zrozumiane jako krytyka, lecz jako chęć oświetlenia sprawy ze strony tych, którzy poszli w życie i czynią przegląd przeszłości w tym zamiarze, by następcom swym ułatwić dojście prędzej i pewniej do celu.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

zmiana zużywcza, Abnutzungdegeneration.
barwliwość, Tingibilität, Tingierbarkeit.
truciźniany, toxicus.
jadotwórczy, toxogen.
miękninie tchawicy, tracheomalacia.
podkład, Träger (patol.).
choroba, cierpienie urazowe, z urazu, traumatismus.
zabieg wstępny, Voroperation.
wytrzymały, zählebig.
nieprawidłowość, zboczenie, wadliwość rozwojowa, Fehlbildung, Dysontogenie.
rozmiękanie, Erweichungsprocess.
odporność tkankowa, Gewebsimmunität.
odporność przeciwjadowa, przeciwtruciźniana, Giftfestigkeit.
zakażenie powietrzne (jak leczenie powietrzne, choroba powietrzna), Luftinfektion.
jednostka uodporniająca, Immunitätseinheit. 9.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe d. 22 lutego 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 40.

I. a) Kol. Jurasz przedstawia i omawia przypadek **zarośnięcia krtani** skutkiem 6-dniowego pozostawania w krtani rurki intubacyjnej;

b) demonstruje przyrząd własnego pomysłu, pozwalający wprawić widełki stroikowe zawsze w jednakowe drgania.

W dyskusyi przemawia kol. Schramm.

II. Kol. Papée referuje sprawę **kasy zapomogowej** dla wdów po lekarzach.

III. Kol. Lenartowicz przedstawia i omawia następujące przypadki:

Chora R. G. l. 23. przyjęta na oddział kiłowo-skórny dn. 4. II. 1918. W 6. roku życia przebyła błonicę, przed laty 10 chorowała na tasiemca, zresztą żadnych chorób nie przebywała. Ojciec umarł w 42. r. życia na wybuch krwi. Matka żyje, zdrowa, tożsamo brat i dwie siostry. Choroby podobnej, jak ma chora, w rodzeństwie ani bliższem, ani dalszem, nikt niema. Choroba obecna miała się rozpocząć przed 3 laty, najpierw na dłoniach i podeszwach zgrubieniem skóry, bujaniem warstw zrogowaciałych naskórka, który łuszczył się, pękał i łatwo krwawił. Objawom tym towarzyszył mierny świąd. Zmiany na skórze w postaci ognisk czerwonych swędzących, i to silnie, miały wystąpić dopiero przed 8 miesiącami. Ogniska te poczęły grubieć i pokrywać się grubszą warstwą zrogowaciałego naskórka.

W chwili przyjęcia na oddział zmiany chorobowe dotyczyły głównie obu rąk i nóg, tak powierzchni dłoniowej i podeszwowej, jakoteż powierzchni grzbietowej. Tu hyperkeratoza była najwybitniejsza, skóra w całości zgrubiała, nie dająca się ująć w fałd, w dotknięciu szorstka, sprawia wrażenie tarełka. Podobne ogniska, rozmieszczone symetrycznie, widoczne były na kolanach i poniżej nich, tudzież w okolicach łokciowych i obu krętarzy. Zrogowaciały naskórek miał w wielu miejscach barwę brunatno białą, miejscami o połysku srebrzystym, jak przy łuszczycy. Błony śluzowe ust i części rodnych bez zmian.

W ciągu pobytu w szpitalu, zwłaszcza w dniach ostatnich, zauważyć można było powstawanie świeżych ognisk chorobowych, i to w okolicy obu łopatek, w okolicy sutków i podbrzusza. Ogniska te, jako świeże, różnią się od dawnych, są sino czerwone, mniej zgrubiałe i świędzą najsilniej. Stopniowo pokrywają się łuską srebrzystą. Najświeższe zmiany widać na twarzy, na policzkach i brodzie. Tu widać guzki rozsiane o połysku woskowym, wielokątnym konturze, początkowo płaskie, potem stożkowate, pokryte białą, silnie przylegającą łuską. Te guzki najlepiej świadczą, że w przypadku tym rozpoznać należy: **lichen ruber accuminatus**, a dotychczasowy przebieg każe przypuszczać, że chodzi o **lich. rub. accum. disseminatus acutus.** Stąd też i rokowanie musi być poważne.

Zamierzam leczyć chorą arsenem, i to śródżylnemi wlewaniami neosalwarsanu. Dn. 17. II. otrzymała już chora jedno wlewanie w ilości 0,45.

b) Chora S. A. l. 54. żona zarobnika. Przyjęta na oddział dn. 12. II. 1918 r. Dotąd zawsze zdrowa. Od 30 lat zamężna. Rodziła 7 razy. Wszystkie dzieci zdrowe, żyją. Dziedziczności wykazać nie można. Choroba obecna miała się rozpocząć w listopadzie 1916 r., zmianami pęcherzykowemi na obu kończynach dolnych. Pęcherzyki łatwo pękały, pozostawiając miejsca obnażone, sączące, piekące i dość silnie świędzące. W grudniu 1916. zasięgała z tego powodu porady lekarskiej i leczyła się przez dni 5 w szpitalu w Przemyślu podobno maścią cynkową, a wypuszczona została z poleceniem dalszego leczenia w domu. Nie leczyła się jednak, a zmiany pęcherzykowe rozszerzały się coraz bardziej, tak że od marca 1917 stan miał być już taki, jak obecnie. Widzimy tu całą skórę tułowia i kończyn a także twarzy zgrubiałą, ciemniej zabarwioną, pokrytą zaledwie tu i ówdzie pęcherzykami drobnymi wielkości prosa lub soczewicy o treści surowiczej lub surowiczo ropnej. Przeważają jednak ogniska, okazujące złuszczanie się naskórka suchego, zwisającego w strzępach. Widoczne to zwłaszcza na twarzy. Liczne białe blizny na ciemnej skórze tułowia świadczą o długiem już trwaniu choroby. Gruczoły w trójkącie Scarpy silnie powiększone, tożsamo gruczoły pachwinowe. Tak zmiany chorobowe jako też przebieg świadczą, że chodzi tu o **pemphigus chronicus pruriginosus.**

Chorą zamierzam leczyć również neosalwarsanem za przykładem kliniki Fingera. Pierwsze wstrzyknięcie śródżylne w ilości 0,45 neosalw. zastosowano dn. 17. II.

c) Chora S. R. l. 26. zarobnica. Na oddziale od dn. 9. II. 1918 r. Jestto **toczeń** (lupus vulgaris), trwający rzekomo od lat 4, a ciekawy tem, że choroba rozpoczęła się najpierw na podniebieniu, gdzie rozległe zmiany, przeszła na wargę górną i tu zajęła całą wargę, tak że zniszczyła ją, trzymając się ściśle rąbka wargi i jego przejścia w skórę. Nos, część policzków i skóra wargi górnej okazują świeże nacieki.

d) Chora S. N. l. 54., przyjęta na oddział okulistyczny prof. Macheka z powodu wysadzenia i ślepoty oka prawego. Chorą tę przysłano mi przed paru dniami z powodu osutki plamistej, która miała wystąpić już na oddziale dzień przedtem. Rozpoznałem **erythema toxicum,** które też wkrótce ustąpiło i nie z tego powodu chorą przedstawiam. Dziś bowiem niema śladów rumienia, natomiast w skórze klatki piersiowej, głównie po stronie lewej i w skórze ramienia lewego wyczuć można guzki wielkości soczewicy i grochu nieznacznie nad poziom skóry wyniosłe, twarde, dotąd nie bolesne, barwy sinawej. Obraz ten odpowiada: **Sarcomatosis cutis multiplex,** a prawdopodobnie wysadzenie i zmiany oka prawego również wywołane są guzem tego samego charakteru.

IV. Kol. Orzechowki zdaje sprawę ze stanu biblioteki Towarzystwa.

V. Kol. Lenartowicz jako skarbnik zdaje sprawę ze stanu majątku Towarzystwa.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

XXI. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 28 listopada 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

2. Odczytano pismo Wydziału wykonawczego, zawiadamiające, że Ministerstwo spr. wewn. oświadczyło, iż lekarzy do klasy ciężko pracujących zaliczać nie może. Uchwalono złożyć do aktów.

2. Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa, które podaje do wiadomości swe zarządzenie do starostw, ażeby w myśl żądania Izby wydawano lekarzom w ścisłym terenie wojennym legitymacye do podróży i ułatwiano uzyskanie podwód w razach wyjazdów do chorych na prowincyę.

3. Na pismo Dr A. R. z St. uchwalono poinformować go, w jaki sposób może dostać odszkodowanie za poniesione szkody wojenne.

4. Aptekarz Gomuliński z Perechińska zawiadamia, że w miejscu jest posada wolna dla lekarza. Uchwalono odpowiedzieć mu, by to ogłosił w »Przeglądzie lek.«

5. Prezydent zawiadamia, że odbyła się wspólna konferencya z Izbą adwokacką, notaryalną i inżynierską celem poczynienia starań o przyznanie lekarzom większych kredytów i zmianę w sposobie oprocentowania tychże, tak jak to przyznano właścicielom większych posiadłości. Izba adwok. ma wnieść imieniem wszystkich zawodów dotyczący memoryał do Rządu, a prócz tego ma każda Izba wnieść osobne przedstawienie do odnośnego Ministerstwa. Prezydent zażądał już od wszystkich lekarzy, którzy wnieśli prośbę o pożyczkę za pośrednictwem Izby, aby odpowiedzieli, jak podania ich zostały załatwione. — Uchwalono, aby odnieść się także do Zakładu kred. wojenn. z zapytaniem, którym z lekarzy i w jakiej wysokości dano dotychczas pożyczkę.

6. Uchwalono poinformować się w sprawie odszkodowania dla lekarzy, którzy wskutek wojny utracili całe mienie.

7. W sprawie podwyższenia dyet za szczepienie i komisye polityczne odczytał referent Dr Drzymalik dwa obszerne memoryały do Namiestnictwa i Wydziału kraj., w których domaga się podwyższenia dyet o 200% i dostarczenia o ile możności podwód. Przyjęto bez zmian i uchwalono wysłać.

8. Biuro krajowej Komisyi opieki nad inwalidami wojennymi przesyła pismo Czerwonego Krzyża w sprawie wyszkolenia

ociemniałych inwalidów na zawodowych masażystów. Referent Dr Mikołajski oświadczył się w obszernym memoryale przeciw temu projektowi, gdyż masaż jest czysto lekarskim zabiegiem i szkodliwem jest wprowadzenie ociemniałych inwalidów w praktykę partaczy leczniczych. Wydział Izby przyjął memoryał w całości i uchwalił przesłać odpis jego Izbie lek. krakowskiej z zaproszeniem, aby się do tej akcyi przyłączyła.

9. Uchwalono zaopiniować przychylnie prośby o pożyczki do wojennego Zakładu kred. Dr S. P. z L., Dr A. R. z H., i Dr A. S. ze L.

XXII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 5 grudnia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

1. Prezydent zawiadamia, że w odpowiedzi na memoryał, wniesiony przez naszą Izbę w sprawie podwyższenia taks sądowo-lekarskich, nadeszło pismo z Wydziału wykonawcz. Izb tej treści, że minister sprawiedliwości obiecał sprawę przychylnie załatwić, o ile minister finansów na to się zgodzi. Jest więc pożądanem, aby każda Izba uprosiła swoich posłów o poparcie. Dalej podaje Prezydent do wiadomości, że wysłał już nasz memoryał posłowi Głąbińskiemu, a Izby lekarskie styryjska i salzburska przyłączyły się do naszej akcyi.

2. Dr S. W. w T., obecnie lekarz wojsk. w Piotrkowie, prosi Izbę o interwencyę w sprawie należnej mu płacy lekarza okręg. Uchwalono odpowiedzieć, że jako stabilizowanemu lekarzowi okręg. płaca mu się należy, powinien więc od Wydziału powiat. zażądać, a w razie odmowy zawiadomić Izbę.

3. Zaopiniowano prośby o pożyczki do Zakładów kredytowych wojennych, a to mianowicie: Dr W. L. z W., Dr M. S. z W. O., Dr A. L. z S. W., Dr S. W. z D. i Dr K. D. z L.

4. Odpisano częściowo opłaty do Izby lekarzom Dr E. R. z P., Dr. I. M. z L., Dr T. K. z L., i Dr J. L. z N.

5. Zatwierdzono z pewnemi zmianami taryfę lekarską dla Gródka, nadesłaną Izbie lek. do zaopiniowania przez tamtejszych lekarzy. Na końcu taryfy ma być umieszczona następująca klauzula: »Powyższa taryfa jest przeciętną; dla zamożniejszych osób może być podwyższona; dla mniej zamożnych, w wypadkach zasługujących na uwzględnienie można obniżyć o 50%«.

Rada honorowa.

1. Odczytano pismo Dr Z. z K. i uchwalono mu odpowiedzieć, że sądowi polubownemu należy się poddać bez prawa odwołania.

2. Odczytano pismo c. k. Dyrekcyi policyi, która przesyła relacyę Komendy wojskowej, że Dr M. B. z L. wydał bezpodstawne świadectwo dla wojskowego celem otrzymania przez tegoż urlopu. Uchwalono zawezwać Dr B. do oświadczenia się.

XXIII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 19 grudnia 1917.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

1. Prezydent odczytuje telegram ministra Dr Twardowskiego w sprawie obsadzenia ministerstwa zdrowia siłami krajowemi. Uchwalono podziękować za uwzględnienie życzeń Izby i przesłać odpowiednie przedstawienie tak ministrowi Dr Twardowskiemu, jak i ministrowi zdrowia Dr Horbaczewskiemu.

2. Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa w Lincu w sprawie uzyskania pensyi dla wdowy p. Koczurbowej, której mąż umarł w Austryi W. na tyfus. Rząd przyznał dodatkowo różnicę między pensyą kolejową a rządową, wskutek czego wdowa otrzyma po 200 k. rocznie więcej, tak dla siebie jak i dzieci.

3. Pani G., żona Dr I. G. z S., prosi o wskazanie drogi celem przeniesienia jej męża, powołanego do wojska, do szpitala wojskowego w jego miejscu osiedlenia. Uchwalono poradzić jej, ażeby postarała się o poświadczenie gminy co do braku tamże lekarza, a wówczas Izba poprze prośbę w ministeryum obrony kraj.

4. W sprawie pozostawienia lekarzy, zajętych przy szpitalach Czerwonego Krzyża we Lwowie, także i po rozwiązaniu tegoż szpitala, uchwalono poradzić dyrektorowi tegoż szpitala Dr Bylickiemu, aby Prezydent Czerw. Krzyża wniósł odpowiednią reklamacyę, którą Izba chętnie poprze.

5. Zaopiniowano podanie Dr D. ze L. o zamianowanie go rzeczoznawcą z dziedziny neurologii i psychiatryi.

6. Udzielono zapomogi wdowom po lekarzach: Gaweckiej 200 k, Kmiotkowej 100 k, Hryniewiczowej 100 k, Romaszkanowej 50 k, Jaciowowej 100 k, Langowej 75 k, Eisensteinowej 100 k.

7. Zaopiniowano podania o pożyczkę Dr J. F. ze L.; Dr J. M. ze L. i Dr J. B. z J.

8. Odpisano wkładki izbowe Dr A. J. z W. do połowy, zaś podobnej prośby Dr J. W. z D. nie uwzględniono.

XXIV. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 2 stycznia 1918.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Zion.

1. Naczelnictwo c. k. Sądu pow. w Kozowie zwraca się do Izby celem spowodowania osiedlenia się lekarza tamże. Uchwalono akt odesłać do Komitetu namiestnikowskiego i ogłosić w »Przeglądzie lek.«

2. Przyjęto do wiadomości zawiadomienie Towarzystwa lekarzy galic. ze spisem udzielonych zapomóg 43 wdowom po lekarzach.

3. Wydział Wykonawczy Izb. lek. zawiadamia, że w sprawie przydziału spirytusu denaturowanego dla lekarzy ministerstwo spraw. wew. w porozumieniu z ministerstwem finansów zgodziły się w zasadzie na przydział z tem, aby spirytus wydawany był za pośrednictwem Izb lekarskich. Co do rozdziału nafty uchwalono zawiadomić lekarzy na prowincyi, aby wprost w starostwach żądali zwiększonego przydziału na podstawie odnośnego zarządzenia Namiestnictwa.

4. Odczytano pismo Dr Heinego i Dr Skórskiego w Złoczowie w sprawie podwyższenia dyet sądowolekarskich. Uchwalono zwrócić ich uwagę na ogłoszenie w »Przeglądzie lek.« dotyczące dotychczasowych starań Izby w tym względzie, a co do żądania honoraryum za stratę czasu wyjaśnić, że przekracza to kompetencyę sądu, a należy do c. k. Ministerstwa sprawiedl.

5. Towarzystwo lekarskie lw. prosi o wyznaczenie delegata do stałej ankiety w sprawach sanit. kraju. Wybrano prezydenta Dr Papéego.

6. Pani K., wdowa po lekarzu w Kołomyi, prosi o roczną pensyę i odszkodowanie za poniesione szkody wojenne. Uchwalono odpisać, że Izba niema funduszów na udzielenie pensyi, natomiast podanie jej z poparciem przeszle do Centrali dla odbudowy Galicyi.

7. Zaopiniowano podania do Zakładów wojennych kredytowych, a to Dr K. Z. ze L., Dr D. E. ze L., Dr O. K. z K., Dr A. R. z S. i Dr S. A. z S.

8. Uwolniono częściowo od wkładek izbowych Dr E. D. ze L. i Dr E. F. z D.

XXV. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 15 stycznia 1918.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Zion, Schellenberg.

1. Miejski wojenny Zakład kredytowy przesyła na żądanie Izby imienny wykaz lekarzy, których podania o pożyczkę zostały pomyślnie załatwione.

2. Prezydent Izby, jako delegat Izby do Krajowej Rady zdrowia, zdaje sprawę z posiedzenia tejże Rady, odbytego w dniu 10. stycznia. Wydział Izby udziela Prezydentowi dyrektywę w sprawie używania inwalidów jako masażystów, która to sprawa ma być traktowana na następnem posiedzeniu Krajowej Rady zdrowia.

3. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 23. lutego 1918.

4. Przyjęto do wiadomości pismo Zjednoczenia lekarskiego we Wiedniu, zapraszające na zjazd w Berlinie, mający się odbyć od 23. do 26. stycznia b. r.

5. Na skutek telegramu Ministra Dr Twardowskiego w sprawie kandydatów na kierownicze miejsca w Ministerstwie zdrowia przeprowadzono ogólną dyskusyę.

6. Zaopiniowano wnioski kredytowe Dr A. P. z T., J. R. z S., I. M z S., L. B. z M. i A. L. z G. L.

Rada honorowa.

Sprawa wydania świadectwa lekarskiego przez Dr M. B. z L. Po odczytaniu wszystkich dotyczących aktów stawia referent wniosek o wdrożenie dochodzenia dyscyplinarnego. Przyjęto większością głosów i uchwalono rozpisać ustną rozprawę.

XXVI. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 30. stycznia 1918.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

1. Odczytano pismo Wydziału krajowego, który na skutek memoryału Izby lek. uchwalił przyznać lekarzom na czas wojny za szczepienie ospy dodatek drożyźniany do dyet w wysokości 40—50% od stycznia 1917. Co do żądanego podwyższenia kilometrowego, to w tym względzie zwróci się Wydział kraj. do c. k. Namiestnictwa z przedstawieniem potrzeby zmiany. Co się tyczy podwyższenia dyet za tłumienie epidemii, to wedle oświadczenia w c. k. Namiestnictwie może to nastąpić jedynie drogą rozporządzenia dla całej Monarchii. Uchwalono więc na razie poradzić lekarzom, by, opierając się na § 27 ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych z r. 1913, zawierali osobne umowy ze Starostwami z żądaniem 15 koron dyety dziennej.

2. Centralny Zakład wiedeński dla wdów i sierot po lekarzach zawiadamia, że na Izbę wsch.-galic. przypada za r. 1917 kwota koron 2.505·26 do rozdziału.

3. Izba lekarska wiedeńska zawiadamia, że Dr K. i Dr M. zgłosili swój pobyt w Wiedniu do Izby, ale opłaty nie złożyli.

4. Prezydent zawiadamia, że 2. lutego ma się odbyć w Wiedniu posiedzenie prezydentów wszystkich Izb lekarskich, a na porządku dziennym: potrzeba utworzenia Ministerstwa zdrowia.

5. Prezydent podaje do wiadomości, że w Izbie adwokatów odbyło się posiedzenie Izb i innych instytucyi celem poczynienia kroków o zniesienie obszerniejszego terenu wojny w kraju i ograniczenie ściślejszego terenu do istotnej rzeczywistej potrzeby. Memoryał w tej sprawie uchwalono wnieść do Rządu i Komendy armii.

6. Magistrat m. Stanisławowa prosi o poczynienie kroków w celu pozyskania okulisty dla miasta, względnie o zwolnienie osiadłego tam przed wojną Dr Gruszkiewicza od służby wojskowej, lub przeniesienie go w tym charakterze do Stanisławowa. Uchwalono podanie poprzeć i przesłać do Komendy armii.

7. Zaopiniowano odmownie podanie o koncesyę na nową aptekę we Lwowie.

8. Udzielono informacyi c. k. Administracyi podatków w sprawie Dr Ł.

9. Prezydent zdaje sprawę z odbytego w dniu 26. stycznia posiedzenia Krajowej Rady zdrowia.

10. Zaopiniowano wnioski kredytowe Drów: J. R. ze L., M. M. z S., W. I. z Z., S. K. R. z T., I. S. z M., W. M. ze L., W. F. ze L. i S. R. z K.

11. Uwolniono częściowo od opłat izbowych Dr A. C. z S. i Dra T. W. ze L.

Rada honorowa.

12. W sprawie zażalenia Dr M. z S. na Dr R. Z. z K. odczytano oświadczenie Dr Z., iż zgadza się na sąd polubowny bez zastrzeżeń i uchwalono rozpisać rozprawę ustną na 2. marca 1918.

13. Odczytano pismo pani R. P., zawierające zażalenie na Dr T. S. ze L. z powodu obrazy pisanej na otwartej kartce. Uchwalono zawezwać Dr P. do oświadczenia się.

XXVII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 6. lutego 1918.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion.

1. Centrala spirytusowa zawiadamia, że Ministerstwo skarbu przyznało na czas do sierpnia 1918 lekarzom przynależnym do Izby 1600 litrów spirytusu denaturowanego. W sprawie poboru i rozdziału odbył Prezydent razem z Dr Zionem konferencyę z dyrektorami tutejszej ekspozytury, którzy mają zasięgnąć jeszcze niektórych informacyi w Centrali.

Przy tej sposobności uchwalono wnieść do Ministerstwa skarbu przedstawienie z powodu zbyt nizkiego przydziału spirytusu dla naszej Izby w porównaniu z innemi Izbami.

2. Przyjęto do wiadomości, że statut Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach został przez c. k. Ministerstwo zatwierdzony.

3. Prezydent odczytał obszerny i szczegółowo uzasadniony memoryał do Ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie podwyższenia udzielanych kredytów dla lekarzy, którzy doznali bezpośrednio lub pośrednio szkód wojennych. Przyjęto w całości i uchwalono przesłać do Ministerstwa dla Galicyi i Ministerstwa zdrowia.

4. Zaopiniowano wnioski kredytowe Drów L. S. z Z., J. B. ze L., Z., Z. L. z K.

5. Uchwalono odpisać opłaty izbowe Drowi A. B. z S. za lata 1915—1917, ponieważ w tym czasie przebywał jako zakładnik w Rosyi.

6. Członek Wydziału Dr Schellenberg porusza szkodliwe dla zdrowia publicznego praktyki, a mianowicie:

a) uprawianie partactwa przez optyków (ordynowanie szkieł);

b) sprzedaż przez rozmaitych kupców lub fryzyerów metalowych, gumowych i chemicznych środków ochronnych;

c) trudności przy uzyskaniu dla lekarzy dorożek i miejsca w przepełnionych wozach tramwajowych.

Uproszono wnioskodawcę, by konkretne wnioski przedłożył Wydziałowi na piśmie.

Rada honorowa.

7. Prezydent zawiadamia, że wezwany na dzisiejszą rozprawę Dr M. B. z L. z powodu choroby nie mógł przybyć.

8. Zażalenia pana D. z L. na Dr C. z L. oddano do referatu.

9. Zażalenie pana O. na Dr D. w Ł. uchwalono przesłać Dr D. do oświadczenia się.

10. Zażalenie pani K. M. na Dr F. B. z D. uchwalono przesłać Dr B. do oświadczenia się.

11. W sprawie zażalenia prof. Dr R. na magistra chir. K. uchwalono poinformować skarżącego, że sprawa nie należy do kompetencyi Izby lekarskiej, a raczej kwalifikowałaby się do Sądu z powodu zaniedbania przypadku. Zresztą Izba przeprowadziła w tej sprawie dochodzenia, które wykazały, że chir. K. był tylko raz wezwany do chorego i że wtedy trudno mu było rozpoznać chorobę.

XXVIII. Posiedzenie nadzwyczajne Wydziału Izby z dnia 27. lutego 1918.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Mikołajski, Schellenberg, Zion.

Na porządku dziennym sprawa przyłączenia się do ogólnego narodowego protestu przeciw warunkom układu pokojowego, zawartego w Brześciu litewskim. Po przemówieniu Prezydenta Wydział uchwala przyłączyć się do protestu i wziąć udział w mającym się odbyć pochodzie manifestacyjnym.

XXIX. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 19. lutego 1918.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion.

1. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia. Do tego protokołu zabiera głos Dr Drzymalik i wyraża imieniem lekarzy ruskich radość z powodu pierwszego honorowego pokoju, zawartego przez Monarchię z Ukrainą w Brześciu litewskim.

2. Celem położenia tamy rosnącej lichwie tytoniowej prosi miejski Urząd gospodarczy o podanie nazwisk członków Wydziału Izby, którzyby chcieli wziąść udział w akcyi kontrolowania trafik. Wybrano Dr Schellenberga i Dr Ziona.

3. Galicyjski wojenny Zakład kredytowy podaje nazwiska lekarzy, którzy otrzymali pożyczkę, albo których podania są w toku.

4. Ułożono porządek dzienny mającego się odbyć dnia 23. lutego posiedzenia pełnej Izby, przyczem uchwalono z powodu zwiększonych wydatków zaproponować pełnej Izbie podniesienie opłat izbowych na r. 1918 na 24 kor.

5. Uchwalono zawezwać zastępcę członka Izby Dr M. ekspresowym listem, ażeby pod zagrożeniem dyscyplinarnego dochodzenia przybył na posiedzenie pełnej Izby 23. lutego.

6. Zaopiniowano wnioski kredytowe następujących lekarzy: Dr J. W. z P., Dr W. S. z Z., Dr F. L. z I., Dr W. R. ze L., Dr I. R. ze L., Dr S. W. z S., Dr I. S. z M., Dr E. M. ze L., Dr I. M. z D.

7. Uchwalono oświadczyć się przychylnie w sprawie koncesyi na nową aptekę w Sokalu, natomiast odmownie w sprawie nowej apteki w Drohobyczu.

Rada honorowa.

8. Referent odczytuje zażalenie nadradcy D. przeciw prof. Dr C. ze L. Uchwalono przesłać zażalenie prof. C. w oryginale do oświadczenia się.

Wiadomości zawodowe.

Kasa pensyjna dla wdów po lekarzach przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. Dnia 27. czerwca b. r. odbyło się Walne Zgromadzenie świeżo przy Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej założonej Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach. Bodźcem do założenia tej instytucyi, opartej na wzajemności, było dla Wydziału Izby doświadczenie wieloletnie, pouczające, jak często wdowy po lekarzach pozostają w ciężkich stosunkach materyalnych i zmuszone są uciekać się do tak skromnych zapomóg z funduszów izbowych. Założona obecnie kasa pensyjna jest subwencyonowana z funduszów Izby i Izba lekarska wschodnio-galicyjska gwarantuje swoim majątkiem wypłacalność zobowiązań kasy. Byłoby więc bardzo pożądanem, ażeby ani jeden z kolegów żonatych nie ociągał się z przystąpieniem na członka.

W skład Wydziału weszli następujący koledzy: Dr Józef Czaczkowski, Dr Ludwik Daum, Dr Maks Jonas, Dr Norbert Lilien, Dr Stanisław Prebendowski, prof. Dr Roman Rencki, Dr Stanisław Zabłocki i Dr Oswald Zion. Przewodniczącym Wydziału w myśl statutu jest Prezydent Izby lekarskiej Dr Jan Papée. Zastępcą przewodniczącego mianował Wydział Dr Kazimierza Bocheńskiego. Zastępcami członków Wydziału wybrano Dr Tadeusza Praschilla, Dr Bolesława Kwaśniewskiego, Dr Maurycego Grabscheida i Dr Michała Wiktora. W skład sądu polubownego weszli Dr Bogumił Bieńkowski, Dr Maksymilian Herman, doc. Dr Kazimierz Orzechowski, Dr Jakób Offe i Dr Waleryan Madejewski, jako zastępcy Dr Józef Aleksiewicz, Dr Karol Schneider, Dr Adam Lewinter, Dr Samuel Meisels i Dr Bronisław Sabat.

† Dr Jan Rostkowski.



W dniu 5. lipca r. b. w Warszawie zginął z ręki zabójcy ś. p. Dr Jan Rostkowski, syn Antoniego, lekarza zarządzającego szpitalem w Mieni i Bronisławy z Chmielewskich. Ś. p. J. Rostkowski urodził się w r. 1886 w miasteczku Kleczewie w ziemi Kaliskiej; ojciec podówczas był tam lekarzem wolnopraktykującym. Do szkół uczęszczał w Kaliszu, następnie w Warszawie, gdzie ukończył szkołę Chrzanowskiego. Studya uniwersyteckie odbywał w Kijowie. Po otrzymaniu dyplomu w r. 1912 pracował w Warszawie w szpitalu św. Ducha pod kierunkiem prof. A. Sokołowskiego, następnie w charakterze lekarza miejscowego w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Trzy niespełna lata ostatnie przebył na stanowisku lekarza ordynującego w szpitalu św. Wojciecha na Pradze, przeznaczonym dla chorych na tyfus plamisty. Był prócz tego lekarzem sanitarnym XV okręgu m. Warszawy i na tem stanowisku również odznaczył się w walce z tyfusem wysypkowym, groźnie się szerzącym. Jakkolwiek wiedział dobrze, na jakie niebezpieczeństwo się naraża, oddał się chorym z całem zaparciem się siebie. Pracował praktycznie i teoretycznie, rozszerzając swą wiedzę i nie szczędząc swych skromnych dochodów na środki naukowe. Dla chorych i służby był dobrym i nawzajem przez nich był bardzo lubianym. W szpitalu św. Wojciecha zajmował się specyalnie zastosowaniem nakłucia lędźwiowego i wstrzykiwań płynu mózgowordzeniowego w tyfusie wysypkowym, dążąc do ustalenia wskazań tej metody. Podjął na sobie próby uodpornienia przeciwko tyfusowi wysypkowemu przez wstrzyknięcie płynu mózgowordzeniowego, pochodzącego od rekonwalescenta. W dwa miesiące później, bezpośrednio po bezrobociu służby szpitalnej, zapadł sam na tyfus wysypkowy i szczęśliwie i lekko chorobę tę przebył. Po wyzdrowieniu z niesłabnącym zapałem wziął się do dalszej pracy. Na kilka dni przed śmiercią marzył o dalszych studyach zagranicą, a na kilka jeszcze minut przed zgonem omawiał z kolegą plan przyszłej pracy wspólnej w szpitalu. Nieubłagane fatum — w postaci żądnej bezmyślnego niszczenia ręki uzbrojonego zbója — przerwało życie tej młodej, rwącej się do życia i pełnej życia postaci, pozostawiając osieroconej rodzinie ból niepomierny i beznadziejny, a żal szczery i głęboki wśród najbliższych współpracowników. Zaiste trudno o większą tragedyę! Niech śpi spokojnie to młode, tyle obiecujące serce, śmiertelnie zranione!

Warszawa i Praga uczciły szczątki ś. p. J. Rostkowskiego w dniu 8. lipca wspaniałym pogrzebem, a nad grobem tłum osób odśpiewał »Boże coś Polskę« i »Rotę«. Zgrzytem było wystąpienie przedstawiciela policyi, który przerwał jedno z przemówień.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział lekarski habilitował Dr Józefa Jaworskiego z Warszawy w zakresie położnictwa i ginekologii, a Dr Bolesława Dębińskiego z Warszawy w zakresie medycyny wewnętrznej. Wykłady habilitacyjne odbyły się 19. b. m., tematem wykładu Dr Dębińskiego była: »Niedomoga serca jako zespół końcowy schorzeń układu naczyniowego i oddechowego«, a Dr Jaworskiego: »O zmianach w ustroju i zaburzeniach w sferze płciowej kobiet pod wpływem warunków wojny«.

Z różnych stron. Na porządku dziennym peszteńskiego Zjazdu Zjednoczenia lekarskiego państw centralnych (Waffenbrüderliche Vereinigung) w d. 21—23 września b. r. znajdują się sprawy: reorganizacyi studyów lekarskich i dalszego kształcenia się lekarzy, zwalczania zimnicy, organizacyi opieki nad inwalidami, higieny rasy i polityki zaludnienia. Biuro Zjazdu mieści się w I klinice okulistycznej Uniwersytetu w Peszcie VIII.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 3 sierpnia 1918. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Endarteriitis luetica subcorticalis.

Podał

Dr Tadeusz Rogalski.

Ogłaszanie każdego przypadku chorobowego, w którym czy to z powodu trudności rozpoznawczych, czy też niezwykłości i rzadkości schorzenia dopiero wynik badania anatomo-patologicznego wyjaśnia daną sprawę chorobową, ma tę niezaprzeczoną wartość, że przyczynia się do ściślejszego ujęcia symptomatologii schorzenia, zwłaszcza, o ile dotychczasowe badania i kliniczne i histopatologiczne nie wyjaśniły, lub nie ograniczyły dostatecznie zmian chorobowych.

W zakresie chorób nerwowych i umysłowych, gdzie, mimo bogactwo kliniczne objawów, rozpoznanie różniczkowe na poważne nieraz natrafia trudności, są takie kazuistyczne przyczynki tem bardziej uzasadnione.

Literatura zaburzeń umysłowych, wywołanych schorzeniem kiłowem naczyń mózgowych mniejszego kalibru, znanem pod nazwą »endarteriitis«, jest dotychczas bardzo jeszcze uboga. Wliczywszy przypadek Schülego z r. 1872 (wskutek nieznajomości ówczesnej odpowiednich metod badania niedokładnie obrobiony i niebardzo nadający się do porównawczych celów), który prawdopodobnie tutaj należy, posiadamy zaledwie 11 dokładniej zbadanych i przedyskutowanych przypadków, a brak wogóle jeszcze odpowiednika klinicznego tej jednostki chorobowej. Nie od rzeczy więc może będzie opublikowanie przypadku, który także i z tego względu jest ciekawy, że usadowienie sprawy chorobowej jest niezwykłe, a w samej substancyi mózgowej są zmiany, dotychczas w tej formie schorzenia kiłowego nie opisywane.

Przebieg choroby przedstawia się w skróceniu następująco: Anna Marya S., robotnica fabryczna, urodz. r. 1887, rozwijała się jako dziecko prawidłowo, uczyła się dobrze, wesoła, ale spokojna. W 7. roku życia błonica. Po skończeniu szkoły ludowej pracowała w różnych fabrykach; z powodu blednicy nie mogła jednak od 16. roku życia podołać cięższej pracy, a w 18. roku z tego samego powodu przymusowo wypoczywała przez kwartał. Napojów wyskokowych nie używała, niezamężna. W 21. roku (1908) zaszła w ciążę, w początku jej uległa jakiemuś wypadkowi, po którym była jakiś czas bezprzytomna, krwawiła z nosa, nie było jednak innych objawów mózgowych. W październiku 1908 poród bez komplikacyi i gorączki, ale z dłuższem następowem osłabieniem połączony. W 6 tygodni po porodzie pracowała jeszcze dni 14.

W połowie grudnia zaczęła się właściwa choroba: Chora upada parę razy z powodu »osłabienia«, narzeka na gwałtowne bóle głowy, dużo płacze, niespokojna, cierpi na bezsenność. Wkrótce zaczyna mówić od rzeczy, zachowuje się uderzająco pod widocznym wpływem złudzeń umysłowych (»jacyś ludzie pukają do okna, chcą ją zabić« i t. d.). 30. I. 1909 przyjęta do szpitala, z początku z powodu urojeń otrucia nie chce przyjmować pokarmów, potem je obficie, leży spokojnie, w nocy śpi i nie zanieczyszcza się. Przeważnie smutna, zalękniona. »Dziś mój dzień śmierci«, »dziś wraz z dzieckiem zostanę zabita«, »ludzie z drugiego pokoju opowiadali jej, że będzie więzioną, ponieważ nie oszczędzała, wszystko przejadała, pieniądze zdefraudowała« i t. p. Niejednokrotnie wyraża smutne te urojenia ze śmiejącą się twarzą.

16. marca 1909 przeniesiona do zakładu dla umysłowo chorych, jest spokojna, dziecinna, zachowuje się jednak negatywistycznie; je nieregularnie, czasem moczy, leży bezczynnie. Zapytywana o dziecko wymyśla na ewangielików, wolnomularzy, którzy ją uwieść mieli. Opowiada, »że w szpitalu dawano jej ludzkie mięso, tutaj zaś chcą ją zarznąć«.

Z czasem staje się chora więcej podnieconą, śmieje się i płacze, ma naprzemian urojenia prześladowcze i wielkości: »jest królową wschodu, kochanką królewską«, »znajduje się wprawdzie w zakładzie dla obłąkanych, ale sama obłąkaną nie jest; mieszka tutaj z królem, który uratował ją od zagłady w ojczyźnie«. »W kąpieli chcą z niej zrobić Genowefę, ale aniołowie stróżowie bronią ją od tego; słyszy ich mówiących, tak jak i Boga, który zabrania jej tknąć i mówi jej, że nie umrze«. Urojenia te nie są wypowiadane w związku, w ciągłości; są one zestawieniem odpowiedzi na różne pytania. Nazwisko swoje, miasto rodzinne i datę urodzenia podaje dokładnie, nie oryentuje się jednak co do czasu. Wiadomości historyczne i geograficzne bardzo skąpe. Najprostszych przykładów działań arytmetycznych rozwiązać nie może, z czego zdaje sobie sprawę: »jestem tak głupia, jak długa, ale królową mimo to zostałam«. — Poczucie choroby tylko względne: wie, że »jest słaba i dlatego chodzić nie może«.

Badanie cielesne, z powodu oporu chorej utrudnione, wykazuje: Długość ciała 158 cm, obwód głowy $53\frac{1}{2}$ cm, waga 43 kg, ciepłota prawidłowa, podściółka tłuszczowa słaba, skóra bardzo blada, wilgotna, gruczoły piersiowe wiotkie, na grzbiecie i piersiach liczne ślady drapania; ruchy gałek ocznych wolne, źrenice miernie szerokie, równe, oddziałują żwawo na światło i akkomodacyę, lekkie wysadzenie gałek ocznych; zęby ustawione nieregularnie, odruch podniebienny zniesiony, gardłowy zachowany. Serce prawidłowej wielkości, szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną, tętno małe, przyspieszone (108, po lekkiem podnieceniu 160—170), naczynia miękkie. Gruczoły szyjne i pachwinowe wybitniej nie powiększone. Mierne stany spastyczne w kończynach górnych, silne w kończynach dolnych, siła mięśniowa zachowana, chód powolny, niepewny, spastyczno-poraźny. Objaw Romberga ujemny, odruchy brzuszne zniesione, kolanowe bardzo żwawe, obustronne drganie stopowe (prawe silniejsze), odruchy podeszwowe zachowane, objaw Babińskiego ujemny. Zaniki mięśniowe, szczególnie w zakresie rąk i łydek. Chora widzi i słyszy dobrze, niema tarczy zastoinowej; mocz jasny, ciężar gatunkowy 1005, oddziaływanie słabo-alkaliczne, białka i cukru niema. Na przekłucie lędźwiowe rodzina się nie zgodziła.

Dalszy przebieg choroby (wiosna i lato 1909 r.) przedstawia się następująco: Chora bywa najczęściej nieumotywowanie wesołą, dziecinną, często głupkowato uśmiechniętą, stale bezczynną, czasem erotycznie podniecaną, nie odpowiada na zadawane pytania. Urojenia prześladowcze i wielkości trwają dalej: raz utrzymuje, »że jest Matką Boską, to znowu córką Boga i Matki Boskiej. Judasz Iskaryota rodzi same idyotyczne dzieci, biega z nożem i chce zabić wszystkich ludzi głęboko wierzących. Tak on, jak i wszyscy źli ludzie, zioną trucizną, ona tylko jedna jest bez trucizny. Musi jechać do Rzymu modlić się do nowego Boga. Urodziła się w trzech miejscach: w Rzymie, Pradze i niebie, posiada miliardy miliardów i dobra ziemskie; studyowała dużo«. W te zdania wplata bez związku urywki wesołych piosenek. Zapytana, czy nie była robotnicą, obraża się i staje się grubiańską. »Posiada wielu mężów; z jednym księdzem miała 10 dzieci, z innymi ludźmi także dziesięcioro. Dzieci te rodzi w przeciągu 5 minut, a te, które z księdzem miała, nawet prędzej.

Przez długi czas była w niebie i tam nauczyła się hypnotyzować«. Odwiedzających ją krewnych nazywa gadami, nie przyjmuje przyniesionego jedzenia; w potrawach zakładowych doszukuje się gnojówki, szczurów, mięsa ludzkiego. Podczas zwykle bardzo obfitych miesiączek jest silnie osłabiona. Czasem występuje ślinotok, czasem artykulatoryczne zaburzenia mowy. Niedowład prawej nogi coraz silniejszy.

Wcierania rtęciowe, zastosowane w pierwszych tygodniach pobytu chorej w zakładzie, pozostały bez skutku.

W lipcu i sierpniu 1909 r. poprawił się stan chorej naprzód fizycznie (może pod wpływem podawanego jodu), następnie i psychicznie. Szuka jakiejś pracy, pomaga pielęgniarkom, staje się dostępniejsza, je dobrze i nie objawia żadnych urojeń. Jakkolwiek stany spastyczne w nogach nie pozwalają chorej na dłuższe chodzenie, przechodzi się po ogrodzie, schodzi nawet bez pomocy z I. piętra. W październiku doznaje zawrotów głowy, szczególnie przy schodzeniu ze schodów. W grudniu stan jeszcze znośny. Chora próbuje uciekać z zakładu; przyprowadzona z powrotem krzyczy i broni się zaciekle. Umieszczona na oddziale dla mniej spokojnych staje się znów uległą i pilną. Nie wie, kiedy się urodziła, ile ma lat, pamięta tylko, ile godzin ma dzień.

W lutym 1910 r. stany spastyczne nóg zwiększone, odruchy jeszcze silniej wzmożone, zaniki wybitniejsze w zakresie rąk i łydek. Chora przeważnie leży, najwyżej parę kroków postąpić może, narzeka na ból brzucha, gryzie z trudnością; odżywiana przeważnie płynami. Kilka razy zauważono podwójne widzenie. Czasami pojawiają się jeszcze urojenia wielkości: »zakład do niej należy«, »z aniołem stróżem ma dziecko, które on zabił szablą« i t. d.

4. IV. przytomność przyćmiona, na ukłucie igłą oddziałuje słabo, często wymiotuje. Obustronne opadnięcie powiek, raz silniejsze, raz słabsze; potrafi je podnieść przy natężeniu. Oddziaływanie źrenic zachowane. Od 8. IV. chora przestaje mówić, często krzyczy. Obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Tętno 120, szmer nad zastawką dwudzielną; waga gwałtownie spada. 12. IV. opada szczęka dolna, siły słabną. Od 20. IV. nie przyjmuje chora pokarmów, bełkocze. Wymioty trwają dalej. Opadnięcie powiek i szczęki dolnej raz większe, raz mniejsze. Lokalizacya bólu utrzymana. 26. IV. fizycznie i umysłowo jest chora zupełnie niedołężna. 27. IV. wymioty czarniawym pienistym płynem, język i wargi obłożone osadem. Chora oddaje mocz i stolec pod siebie, silny fetor ex ore, powieki opadnięte. 28. IV. źrenice jeszcze oddziałują na światło elektryczne. 28. IV. śmierć wśród objawów obrzęku płuc, w 17 miesięcy od wybuchu choroby.

Sekcya, wykonana w kilka godzin po śmierci, wykazała co następuje:

Waga mózgu z oponami miękkiemi 1000 gr., czaszka gruba, śródkoście silnie rozwinięte, w zatokach żylnych skrzepy. Opona twarda dość silnie zrośnięta z czaszką. Opony miękkie obficie ukrwione, cienkie, łatwo ściągalne, miejscami jednak zrośnięte, czy silnie sklejone z powierzchnią mózgu. Zakręty mózgu szerokie, rowki z wierzchu lekko pomarszczone. Pojedyncze miejsca wzgórków wklęśnięte, wypełnione płynem mózgowordzeniowym. Substancya korowa nie zwężona. Substancya biała lekko podziurkowana wskutek ziejących tętniczek, w całej rozciągłości silnie zwężona. Komory boczne rozszerzone, dno komory trzeciej niezmiernie cienkie. Wyściółka komory czwartej lekko ziarnista. Na powierzchni jądra ogoniastego obustronnie liczne wklęśnięcia wielkości prosa, bez zmian makroskopowych w otoczeniu na przekroju. Liczne ziejące tętniczki i małe zagłębienia na przekroju wzgórka wzrokowego, jądra soczewkowatego i ogoniastego, jak również w całej białej substancyi mózgu i móżdżku. Rysunek mostu na przekroju nieregularny, bardzo niewyraźny. Rdzeń nie mógł być do badania wyjęty.

Zrosty opłucne w różnych miejscach; opadowe przekrwienie w lewem płucu z objawami początkowego zapalenia, gruczoły oskrzelowe powiększone, żółtawe naloty na zastawce trójdzielnej, a szczególnie dwudzielnej, aorta cienka, stłuszczenie wątroby i nerek; błona śluzowa żołądka krwawo nastrzykana, jelita i części rodne bez zmian.

Materyał, jaki pozostał do dyspozycyi przy badaniu histopatologicznem, składał się z różnych części półkul mózgowych, ustalonych w formolu, alkoholu i zaprawie glejowej; z pnia mózgowego i części rdzenia przedłużonego aż do skrzyżowania piramid, ustalonych tylko w alkoholu.

Badania mikroskopowe:

W oponie miękkiej półkul mózgowych i w jej naczyniach spotykamy tylko bardzo niewybitne zmiany wsteczne, jakichkolwiek nacieków niema. Opona miękka pnia mózgowego zachowuje się podobnie. Natomiast w przebiegających w niej naczyniach spostrzegamy charakterystyczne silne bujanie śródbłonka z równoczesnem nowotworzeniem włókien elastycznych i zacieśnianiem coraz większem światła naczynia. Coraz to liczniejsze warstwy nowych włókien elastycznych, nałożone na właściwą warstwę elastyczną, niemało się do tego przyczyniają. Preparaty, barwione resorcyn-fuchsyną Weigerta z uprzedniem podbarwianiem karminem litowym, lub następowem zabarwianiem toluidyną według Nissla, dają bardzo ładne obrazy tych zmian.

Należy zaznaczyć, że nie widzimy nigdzie ani śladu stłuszczenia lub innych zmian wstecznych, jak to bywa w miażdżycowo zmienionych naczyniach. Właściwa błona sprężysta wewnętrzna przedstawia się również jako nienaruszona gruba warstwa, nie mająca nic wspólnego z samodzielnie nowotworzącemi się włóknami elastycznemi na wewnątrz od niej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie plam barwikowych w spojówce u chorych na jaglicę.

Napisał

Dr Edmund Rosenhauch.

W »Przeglądzie lekarskim« Nr 1 i 2 z r. 1914 opisuje Wicherkiewicz trzy przypadki plam barwikowych, które spostrzegał w spojówce górnych powiek u 3 żydów, dotkniętych jaglicą. Dwa z tych przypadków były już na wygojeniu, w okresie III jaglicy (zbliznowacenie), jeden w okresie II (rozpadu). Badanie drobnowidowe, jakie wówczas z polecenia Wicherkiewicza przeprowadziłem, dało następujący wynik:

Przypadek 1. Nabłonek spojówki prawidłowo ułożony, wielowarstwowy, płaski, bez rogowacenia powierzchownych warstw, bez ziarn barwikowych. Pod nabłonkiem grubowłóknista tkanka łączna z nieznacznym naciekiem jednojądrzastych komórek limfoidalnych. Głębsze warstwy tej tkanki, w których usadowiony jest ów barwik, są bardziej grubowłókniste, a ilość jąder znacznie skąpsza. Barwik ciemnobrunatny, czasem wpadający w odcień czarny, ułożony jest przeważnie wewnątrzkomórkowo, składa się z drobniutkich ziarenek, zbijających się w grudki, wypełniające szczelnie komórki, tak, że nieraz z trudem można dostrzedz owalne jądro, leżące zazwyczaj w środku komórki. Komórki wypełnione barwikiem, oddzielone od siebie widocznemi liniami, tworzą całe smugi pomiędzy smugami grubowłóknistej tkanki łącznej i odnosi się to wrażenie, że jedne i drugie smugi, to taka sama tkanka, z tą tylko różnicą, że jednych komórki wypełnione barwikiem, którego brak w komórkach smug drugich. Tu i ówdzie widać ziarenka, poza komórkami leżące.

Przypadek 2. Pod względem ułożenia barwika, jego cech, postaci komórek barwikowych, zachowuje się przypadek ten podobnie, jak przypadek 1. Jedynie tylko budowa samej spojówki przedstawia się nieco odmiennie. Nabłonek wielowarstwowy płaski jest miejscami ograniczony do bardzo wązkiego paska, miejscami jest szeroki i wnika w głąb w postaci sznurów, nieraz dość długich. Tkanka podnabłonkowa jest bardzo obficie nacieka drobnemi okrągłemi komórkami limfoidalnemi, które są zbito ułożone i tworzą grubą warstwę naciekową. Miejscami naciek ten ma dość ścisłe granice, tworząc niejako ziarno (granulum). Warstwa skąpojądrowa, grubowłóknista, ułożona głębiej wraz z warstwami barwikowemi, zachowuje się, jak w przypadku 1.

O ile zatem w pierwszym przypadku sprawa jaglicza, już ustąpiwszy, pozostawiła bliznę, to w drugim naciek jagliczy przemawia za trwaniem cierpienia w okresie, zbliżającym się do zabliźnienia.

Już poprzednio opisywali podobne zmiany w przebiegu jaglicy Steiner, Küsel i Reiss. Nie będę wdawać się tutaj w dokładniejsze roztrząsanie zapatrywań tych autorów na sposób powstania owych plam barwikowych w spojówce, wspomnę jedynie, że sprawa ta dotąd była nierozstrzygnięta. Jako przyczynę przyjmowano bądź krwotoki spojówkowe w przebiegu leczenia jaglicy (Küsel), bądź rozpad białka ziarna jagliczego (Reiss).

Wicherkiewicz pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że plamy są wrodzonemi drobnemi znamionami spojówki, które

wskutek sprawy zapalnej ulegają rozplenieniu, a po ustąpieniu nacieku jagliczego przez ścieńczałą bliznowatą powierzchowną warstwę spojówki przeświecają i łatwiej w oko wpadają. Na poparcie tego swego przypuszczenia przytaczał wielką rzadkość plam barwikowych w przebiegu jaglicy, nadto przypadek, opisany przez siebie w »Przeglądzie lekarskim« Nr 2. z r. 1914, w którym obok plamy barwikowej w jagliczej spojówce stwierdził drobne znamię barwikowe na błonie śluzowej wargi górnej u ciemnej brunetki. Badanie drobnowidowe obu tych zmian barwikowych dało jednakowy wynik, zupełnie podobny do powyżej opisanego.

Od ogłoszenia tych przypadków badałem pilnie wszystkich chorych, zgłaszających się do ambulatoryum chorób ocznych szpitala garnizonowego Nr 15 w Krakowie i wojskowego oddziału ocznego w Opawie, śledząc za owemi plamami.

Wśród olbrzymiej liczby kilkudziesięciu tysięcy chorych stwierdziłem zaledwie trzy razy plamkę barwikową w spojówce powiekowej. Raz u osobnika (żyda bruneta), dotkniętego jaglicą, dwa razy również w spojówce górnej powieki oka, nie przedstawiającego poza ową plamką barwikową żadnej nieprawidłowości. Spojówka w ostatnich dwóch przypadkach była bladoróżowa, zupełnie gładka, nie wykazywała ani śladu blizn lub innych pozostałości przebytej jaglicy. W jednym przypadku spostrzegłem plamkę zupełnie przypadkowo u żołnierza, przysłanego do stwierdzenia bystrości wzrokowej. Był to żyd, silny brunet. W drugim przypadku plama barwikowa (u katoliczki, brunetki, żony wyrobnika. Nr Dzien. oddz. szp. św. Łazarza 67. z 29. IV. 1914), była rozległa, zajmująca $^2/_3$ spojówki górnej powieki, o powierzchni jednakże zupełnie gładkiej. Ze względu na rozległość zmiany barwikowej wycięto kawałek, a badanie drobnowidowe, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej U. J. przez prof. Ciechanowskiego, dało następujący wynik: »Prawie bezpośrednio pod warstwą prawidłowego nabłonka leżą gniazda dużych okrągławych komórek o dużych jądrach, nie zawierające barwika, a ujęte w oka siatki, utworzonej przez różnokształtne komórki barwikonośne. Głębiej znajduje się pokład utkania drobnokomórkowego o cechach tkanki limfadenoidalnej. Cały obraz przypomina obrazy znamion barwikowych«. Badanie drobnowidowe plamy barwikowej, wyciętej ze spojówki żołnierza, dało obraz zupełnie podobny do I. przypadku Wicherkiewicza, z tą jednak różnicą, że budowa spojówki była prawidłowa, nie okazywała zmian bliznowatych.

Na podstawie tych przypadków łącznie ze spostrzeżeniami Wicherkiewicza można niemal z bezwzględną pewnością twierdzić, że zmiany barwikowe, dostrzegane w przebiegu jaglicy, nie mają z samą sprawą jagliczą nic wspólnego, że istniały w spojówce przed wystąpieniem jaglicy, jako znamiona.

Za tem przemawia stwierdzenie plam barwikowych w błonie śluzowej wargi (Wicherkiewicz), w prawidłowej spojówce; dalej rzadkość plam barwikowych w przebiegu jaglicy. Gdyby owe zmiany barwikowe były następstwem krwotoków spojówkowych, lub rozpadu białka ziarna jagliczego, wówczas musiałyby być daleko częściej spostrzegane i byłyby nieraz rozleglejsze. Albowiem przy wygniataniu ziarn krwotoki spojówkowe są niejednokrotnie bardzo znaczne, a rozpad ziarn jagliczych odbywa się prawie z reguły na całej spojówce. A gdyby nawet udało się stwierdzić rozległą zmianę barwikową w spojówce jagliczo zmienionej, to i wówczas nie byłoby to dowodem związku przyczynowego pomiędzy ową plamą, a sprawą jagliczą, gdyż istnieją bardzo rozległe barwikowe znamiona (powyżej przez nas opisany przypadek) w spojówce zresztą zupełnie prawidłowej.

W sprawie reformy studyum lekarskiego

Jest faktem ogólnie uznanym, że młodzi adepci medycyny opuszczają uniwersytet niedostatecznie wykształceni i nie dość przygotowani do praktyki. Przyczyn tego jest wiele. Jedna z nich polega na tem, że wyniki nauki uniwersyteckiej zależą w znacznym stopniu od doboru profesorów i słuchaczy. Zwłaszcza co do profesorów powinien być sumienny dobór troską uniwersytetu, przy wyborze nauczyciela uniwersyteckiego należy wymagać zarówno wiedzy, jak chęci do pracy, wytrwałości i zdolności dydaktycznych. Nie powinny przy tem odgrywać roli względy polityczne, wyznaniowe i t. d., z nauką i zadaniami profesora nic wspólnego nie mające, co się niekiedy dzieje. Takie postępowanie doprowadza bowiem, jak doświadczenie uczy, do upadku uniwersytetów i wychodzi na szkodę nauki, kraju, narodu, a daje się najdotkliwiej odczuwać cierpiącej ludności, zwłaszcza biedniejszej, mogącej korzystać z porady tylko w lecznicy publicznej.

Na tę ważną okoliczność nie zwrócił dotychczas nikt uwagi z zabierających głos o reformie studyum; a przecież jest to jedna z głównych, mem zdaniem, przyczyn niedostatecznego wykształcenia najmłodszego pokolenia lekarskiego.

Dr R. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 13 marca 1918.

Przewodniczy prezes kol. Krzyształowicz. Obecnych członków 41.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Radwańska przedstawia:

1) Preparat wyjętego **rogu szczątkowego macicy dwurożnej** chorej, u której była jeszcze druga wada rozwojowa, mianowicie nerki, położone w miejscu swego rozwoju w życiu płodowem, t. j. w miednicy małej. Ta wada rozwojowa polegała na powstrzymaniu we wzroście pramoczowodu, który powinien rosnąć ku górze i rozszerzając się w kanaliki podnosić leżącą na sobie w kształcie czapki nerkotwórczą tkankę. Z drugiej strony była tu wada rozwojowa przewodów Müllera, z których prawy wytworzył dobrze rozwinięty jeden róg macicy (3 prawidłowo przebyte ciąże i porody), drugi przedstawiał się jako wązki sznur tkanki, biegnący ukośnie z góry ku ujściu wewnętrznemu macicy, rozpięty na dobrze rozwiniętej, nizko położonej nerce lewej, której górny biegun sięgał zaledwie cokolwiek powyżej grzebienia kości biodrowej. Od górnego końca tego postronka tkanki odchodził dobrze rozwinięty jajowód prawy. Po operacyi chora jeszcze raz w $1^1/_2$ roku rodziła zupełnie prawidłowo. Nerka, nizko w miednicy małej położona, nie stanowiła żadnej przeszkody porodowej. Po porodzie zjawił się przejściowy białkomocz, prawdopodobnie jako skutek ucisku na nerkę w czasie porodu.

2) Przypadek **ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej.** Róg ten, wyjęty w całości, został przed przecięciem zbadany promieniami Röntgena. Fotografia przedstawia ciekawe ułożenie płodu mniej więcej $3^1/_2$-miesięcznego. Chora była operowana w 6 miesięcy po zajściu w ciążę. Płód obumarł w IV. m. ks. ciąży, prawdopodobnie nie mając dostatecznych warunków rozwoju w rogu szczątkowym. Odczyn Wassermanna ujemny.

3) Rodzeństwo, **3 płody męskie, dotknięte tąsamą wadą rozwojową,** polegającą na **niedokształcie kończyn,** zw. phokomelia. Jeden świeżo zmarły w 5. dniu po porodzie, dwa starsze, zachowane w muzeum kliniki położniczo-ginekologicznej, z tejsamej matki. Jeden urodzony w r. 1910, drugi w r. 1914. Wszystkie trzy płody, zupełnie do siebie podobne, mają prócz niedokształtu kończyn wargę zajęczą, rozszczepienie podniebienia, a najstarszy jeszcze przepuklinę mózgową. Dziedziczności ani ze strony ojca, ani matki niema. Matka zupełnie zdrowa, odczyn Wassermanna ujemny.

Przedstawiony phokomelus płci męskiej waży 1500 grm. Liczne ubytki w kościach czaszki, oczy o krótszych powiekach, stale za życia otwarte, stoją w większej od siebie odległości, niż prawidłowo. Nos mały, brak chrząstek nosowych. Warga zajęcza, rozszczepienie podniebienia. Budowa klatki piersiowej prawidłowa. Górne kończyny nie mają ani ramienia ani przedramienia. Z obu stron w miejscu kończyn górnych wyrastają same dłonie, zakończone obustronnie 3 palcami. W miejscu kończyn dolnych same stopy z 4 palcami obustronnie. Zewnętrzne części płciowe silnie rozwinięte. Po stronie prawej jądro w kanale pachwinowym, po stronie lewej w worku mosznowym. Fotografia rentgenowska wykazuje: braki w kościach czaszki, brak kości długich ramienia i przedramienia. Łopatki, mostek, stawy barkowe dobrze rozwinięte. Kości miednicy bez zmian. W kończynach dolnych brak kości długich uda i goleni, 4 kości śródstopia i 4 palce, każdy o dwóch członkach. Sekcya wykazuje zmiany w budowie móżdżku (bliższe badanie później). W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej prócz drobnych zmian położenia (n. p. nerka lewa znacznie niżej od prawej, wyrostek ro-

baczkowy sklejony z kątnicą), żadnych zmian niema. Gruczoły dokrewne bez widocznych zmian. Grasica, jak na płód, mała.

Najbardziej uderzające w tym przypadku są dwie rzeczy: Pierwsza: tasama matka rodzi po raz trzeci płód z tąsamą wadą rozwojową; druga: tylko płody męskie, wszystkie, dotknięte są tą wadą rozwojową; płody płci żeńskiej, wszystkie, urodziły się prawidłowo i żyją. To pozwala na wyciągnięcie pewnych wniosków co do powstawania potworów. Gdyby przyczyna tkwiła, najogólniej mówiąc, w ustroju matki, czy to w zmianach chorobowych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, n. p. tarczycy (w literaturze te właśnie czynniki, jako wywołujące zmiany w płodzie, podawano), to powinnyby się rodzić z temi zmianami zarówno płody męskie, jak żeńskie. Warunki rozwoju w ustroju tejsamej matki naprzemian dla płodów męskich i żeńskich były przecież tesame. Przyczyna więc musi tkwić głębiej, można przypuszczać, że w jaju przed, czy po zapłodnieniu, i to tylko w tych jajach, z których miały powstać płody płci męskiej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: 1) Prof. Gliński: Nerki usadowione w miednicy małej spotyka się stosunkowo dość często. Łączą się one wtenczas z reguły ze zmianami rozwojowemi w narządzie płciowym kobiety lub mężczyzny. Bardzo często w tych razach chory posiada tylko jedną nerkę, usadowioną w okolicy wzgórka krzyżowego (promontorium), co ma bardzo duże znaczenie w razie konieczności leczenia chirurgicznego takiej nerki. G. zna przypadek, w którym dokonano nefrektomii jedynej nerki.

2) Kol. prof. Rosner: W przypadku drugim usunięto róg macicy z tego powodu, że przykrywał on zupełnie guz pod wzgl. za nim leżący. Ale i bez tego wskazania technicznego niejako należałoby róg szczątkowy usunąć, a to z tego powodu, że one w wielu przypadkach bardzo późno zaczynają miesiączkować, wskutek czego powstaje krwiak śródmaciczny (haematometra), dający bardzo ciężkie objawy kliniczne. Technicznie zabieg ten (usunięcie szczątkowego rogu) nie przedstawia większych trudności. R. zapytuje, jakie jest unaczynienie nerki, usadowionej w miednicy małej, zwłaszcza, gdy ona jest jedyną nerką.

3) Kol. prof. Kostanecki: Definitywna nerka tworzy się zawsze u zarodka w miednicy małej, przyczem prawa i lewa nerka są bardzo blizko siebie położone. Nie może zatem dziwić ani to, że nerka i w pozamacicznem życiu pozostać może w miednicy małej i nie wykonać niewytłómaczonej zupełnie, a prawidłowo spotykanej ascenzyi, ani też to, że prawa i lewa nerka, o ile pozostają w miednicy małej, ze sobą się zrastają. Unaczynienie takich nerek pochodzi zazwyczaj od tętnicy podbrzusznej (art. hypogastrica), rzadziej od tętnicy biodrowej wspólnej. Nigdy naczynia takiej nerki nie pochodzą z góry od aorty. Spodziewać się też tego nie należy dlatego, że tam taka nerka nigdy nie była usadowiona. Charakterystyczne przytem jest, że nerka, usadowiona w małej miednicy, zechowuje swój zarodkowy płatowy kształt.

4) Kol. prof. Gliński unaczynienia nerek, usadowionych w małej miednicy, nie badał szczegółowo we wszystkich obserwowanych przypadkach. W niektórych zauważył gałązki naczyniowe, odchodzące do nerki z tętnicy głównej w miejscu rozgałęzienia, albo od tętnicy biodrowej wspólnej; nigdy nie zauważał, by naczynia tych nerek odchodziły od tętnicy podbrzusznej. Z reguły wnęka nerki jedynej, usadowionej w miednicy małej, znajduje się na ścianie przedniej nerki.

5) Co do przypadków fokomelii podnosi prof. Dr Rosner: Nie ulega wątpliwości, że przedstawiona wada polega na zmianach konstytucyonalnych, że jest związana z płcią płodu i że tkwi w jajku zapłodnionem, a może nawet jeszcze niezapłodnionem. Rzucić to może pewne światło na takie choroby konstytucyonalne, jak krwawiączka (haemophilia), która też związana jest z płcią i tkwi zapewne w jajku. Tosamo odnosi się do ślepoty barw.

6) Kol. prof. Gliński spostrzegał rodzinę, w której glejak siatkówki przenosił się podobnie, jak krwawiączka.

7) Kol. doc. Borowiecki przypomina wśród potworności dziedzicznych brachydaktylię oraz badania, przeprowadzone nad nią przez Farabee i Drinkwatera. Autorzy ci nietylko stwierdzają dziedziczność tej cechy, ale dochodzą do przekonania, że brachydaktylia stanowi cechę dominującą w znaczeniu Mendla, przenosi się z pokolenia na pokolenie, oraz przy małżeństwach brachydaktylików z osobami prawidłowemi pojawia się mniej więcej u połowy potomstwa (według formuły DR×RR).

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos jeszcze kol. Boguszewski i prelegentka.

(Dokończenie nastąpi)

Wiadomości bieżące.

Kraków. Z powodu braku miejsca w pracowniach w stosunku do napływu słuchaczy, ogranicza Wydział lekarski liczbę przyjętych na pierwszy i drugi rok do 100. Zgłoszenia przyjmuje Wydział od 23. IX. do 3. X., rozstrzygnięcie o przyjęciu nastąpi 5. X. Od tego rozstrzygnięcia niema odwołania.

— Dr Adam Zagórski, uczestnik walk r. 1863 i Dr Ignacy Maryan Jendel, emerytowany lekarz powiatowy i salinarny, obchodzili pięćdziesięciolecie doktoratu. Z tego powodu odbyła się w Uniwersytecie rzadka uroczystość odnowienia dyplomów.

Redakcya otrzymała: Majewski: Eine neue Methode der klinischen Nystagmographie. (Archiv f. Ophth. 1918). — Serkowski: Bakteryologia epizootycznego pomoru ryb. Warszawa 1918.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1918. Zesz. 7. Cena 2 Mk.

Zeszyt lipcowy zawiera rozprawę Dr Fleischhauera p. t. »Zagadnienia położnicze«, oraz prof. Dr Martina przegląd prac ginekologicznych za r. 1917/18.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1918.

Gazeta lekarska Nr 25—29: Tenenbaum: O metodach badania czynności nerek (25). — Finkelstein-Medyński: O samobójstwie kobiet (26). — Chrostowski: Przyczynek do sprawy powrotu duru plamistego (26). — Puławski: Moczówka prosta pochodzenia czynnościowego (26). — Koelichen: O drogach chłonnych układu nerwowego ośrodkowego (27—28). — E. Zieliński: 1) O zwapnieniu chrząstek żebrowych (27). 2) Zastrzykiwanie roztworu Trunecka w stwardnieniu tętnic (28). — Flatau: O krwotokach samoistnych do opon mózgowych (29).

Medycyna i Kronika lekarska. Nie otrzymaliśmy żadnego zeszytu.

Nowiny lekarskie Nr 2. Nowakowski: O postrzałach mózgowych. — Z. Dziembowski jun.: Leczenie mlekiem parenteralne.— St. Szuman: Przypadek taboparalyzy wrzekomej na tle alkoholizmu.

Zdrowie Z. 7. Adamski: Mieszkania suterenowe. — Pawłowska-Dąbrowska: Sprawozdanie ze szpitala dla lekko gruźliczych w Chojnach za 1916—1917.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 10. sierpnia 1918. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



DR. JAN RACZYŃSKI

profesor pedyatryi w Uniwersytecie lwowskim, zmarł 1 sierpnia 1918.

Życiorys pomieścimy w jednym z następnych zeszytów.

Endarteriitis luetica subcorticalis.

Podał

Dr Tadeusz Rogalski.

(Dokończenie).

Rzut oka na korę mózgową różnych okolic przekonywa, że nie jest ona zwężona, a budowa architektoniczna wszędzie zachowana. Komórki zwojowe natomiast uległy schorzeniu najrozmaitszego stopnia i rodzaju, prowadzącemu jednak zawsze do ich zniszczenia, czy to na drodze rozpadu i neurofagii, czy też przez uprzednie przejście w formy t. zw. schorzenia przewlekle sklerotycznego. Preparaty barwione szkarłatem (Scharlachrot) przedstawiają wszystkie formy stłuszczenia protoplazmy komórek zwojowych, dając obraz dodatni siateczkowej budowy w obrazie Nissla (toluidyna). Ponieważ zmiany te dyagnostycznie w niczem nie są charakterystyczne, pomijam dokładniejszy ich opis.

W zakresie komórek glejowych widzimy z jednej strony wybitne bujanie, z drugiej zaś wyraźne przemiany wsteczne z częstem stłuszczeniem. Barwienie gleju według Weigerta wykazuje silne zgrubienie włókien w powierzchniowej warstwie kory i mniejsze w sąsiedztwie naczyń. Często spotykane astrocyty w warstwie górnej i w warstwie dużych komórek piramidalnych, — należącej do najuboższych w elementy glejowe, — przemawiają za silnem bujaniem gleju; występuje ono jednak nierównomiernie w całej korze, ale raczej nieregularnie i więcej ogniskowo. Naczynia mniejszego kalibru i włosowate korowe okazują tylko zmiany wsteczne; jedynie w niektórych z nich, zwłaszcza w warstwie powierzchownej kory, znać na śródbłonku ślady poprzedniego bujania i nowotworzenie włókien elastycznych. W ścianach naczyń spotyka się mniej lub więcej tłuszczu i innych produktów rozpadu, niema jednak jakichkolwiek nacieków.

Obraz więc, jaki daje kora mózgowa, — poza silnem bujaniem gleju i zmianami w nielicznych tylko naczyniach, — nie przedstawia zresztą nic szczególnego. Taksamo zachowuje się górna, trzecia część substancyi białej.

Zmienia się natomiast obraz mikroskopowy w głębiej leżących częściach substancyi rdzeniowej. Już przy słabem powiększeniu zaznaczają się wybitniej jakieś pasma i koła zależnie od kierunku i przekroju skrawka. Pod immersyą zaś przekonamy się, że są to typowo (endarteriitis) zmienione mniejsze naczynia mózgowe (fig. 1). W niektórych z nich bujanie śródbłonka jest tak daleko posunięte, że znika zupełnie światło naczynia (fig. 2). Nowo wyprodukowane zaś włókna elastyczne tworzą 2, 3 i więcej koncentrycznych pierścieni (fig. 3). Nacieków w przestrzeniach limfatycznych niema; tylko wyjątkowo zjawia się kilka limfocytów, lub twór przypominający młodą komórkę plasmatyczną. Częściej nieco, — ale i to w bardzo małej ilości, — spotykamy komórki ziarniste (Körnchenzellen) wypełnione (w obrazie Nissla) zielonkowatymi produktami rozkładu.

W naczyniach o pojedynczej warstwie mięśniowej dołącza się często do zmian endarterytycznych sprawa, prowadząca do tworzenia się substancyi szklistej (pseudohyalin), która — w preparacie barwionym toluidyną (przy zaciemnieniu pola widzenia), albo hematoksyliną (van Gieson-Weigert), albo też zmodyfikowanym przez Alzheimera sposobem Manna — wykazuje skośne lub koncentryczne utkanie włókniste.

Wyjątkowo tylko spotykamy naczynia substancyi rdzeniowej bez opisanych zmian bujania śródbłonka, wyjątkowo również zmiany wsteczne.

O ile w korze mózgowej widzieliśmy dość silne bujanie elementów glejowych, to dosięga ono tutaj w sąsiedztwie naczyń niezwykłych rozmiarów, tak pod względem wielkości komórek przypominających twory, znajdujące się n. p. przy porażeniu postępowem (duże ciała komórkowe o 2 albo 3 jądrach), jak i ilości wytworzonych włókien glejowych. Jeżeli przy przeglądaniu preparatów znajdzie się w polu widzenia tego rodzaju olbrzymio wybujała komórka glejowa, można być pewnym, że w najbliższem sąsiedztwie przebiega naczynie, zmienione zarostowo (endarteriitis). Brak zaś zupełny tych elementów w pobliżu — rzadko zresztą bardzo spotykanych — naczyń ze zmianami wstecznemi. Preparaty, barwione metodą Weigerta, dają dokładny obraz tych zmian: gdy w sąsiedztwie naczyń małych i włosowatych gromadzą się pojedyncze olbrzymie twory, w których naokoło jądra widzimy obfite, grube włókna glejowe, to naokoło większych naczyń nie spotykamy już pojedynczych wybujałych komórek glejowych, ale całe naczynie objęte jest wałem zbitych, wolnych, często niezmiernie długich włókien (fig. 6).

Przyjrzyjmy się teraz, jak się zachowują włókna nerwowe w sąsiedztwie schorzałych naczyń substancyi białej. Porównując trzy następujące po sobie skrawki z tego samego miejsca (fig.

4, 5, 6), — z których jeden został zabarwiony metodą Spielmeyera (osłonka myelinowa), drugi sposobem Bielschowskyego (włókno osiowe), a trzeci według Weigerta (włókna glejowe),— przekonamy się, że naokoło naczynia osłonki myelinowe uległy rozpadowi, że włókna osiowe zostały prawie nietknięte, a wolne miejsce po rozpadzie myeliny zajęły wybujałe włókna glejowe. Sprawa ta śledzić się daje we wszystkich częściach substancyi białej półkul, w różnych tylko miejscach różnie silnie rozwinięta.

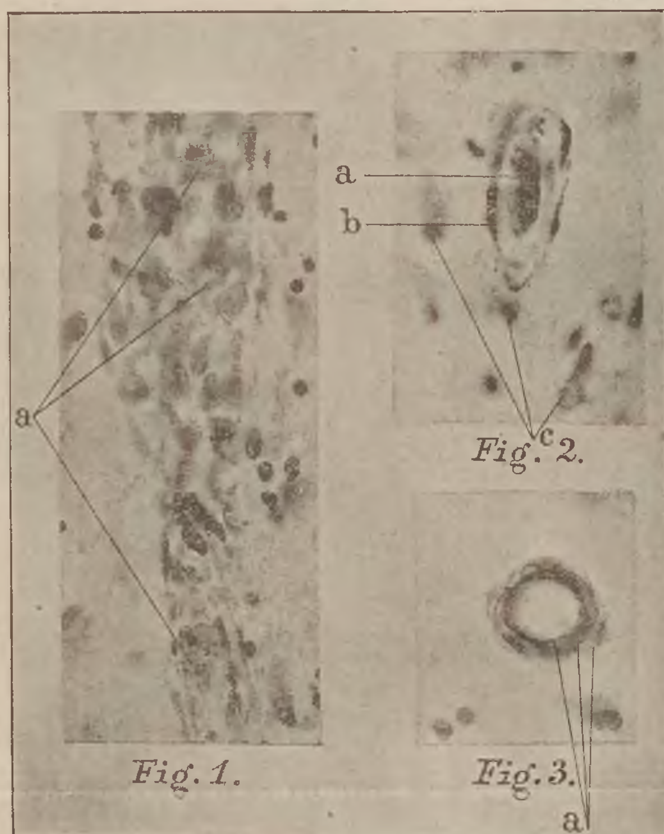


Fig. 1. Przekrój podłużny naczynia małego kalibru: a) wybujałe komórki śródbłonka. Toluidyna według Nissla, Immer. Zeissa I. 30. (Fig. 2—7 odpowiada substancyi białej półkul z różnej wysokości, przeważnie podkorowo).

Fig. 2. Przekrój poprzeczny małej tętniczki: a) wybujałe komórki śródbłonka, zamykające zupełnie światło naczynia, b) adventitia; c) wybujałe komórki glejowe, leżące w innym przekroju, — dlatego obrazy nieostre). — Toluidyna, Immer. Zeissa I. 30.

Fig. 3. Przekrój poprzeczny najmniejszej tętniczki (praecapillaris): a) nowo utworzone osłonki elastyczne. Resorcin-fuchsyna, Immer. Zeissa I. 30.

Czy stopień rozpadu osłonki myelinowej zależy od stopnia zmian w naczyniach (endarteriitis), trudno rozstrzygnąć, gdyż skrawki tych samych miejsc, ustalone w formolu, nie dają dostatecznie jasnych obrazów zmian komórkowych. W każdym razie tam, gdzie naczynia są niezmienione, lub gdzie ich niema, brak też i rozpadu myeliny.

Kontrastowe barwienie się włókna osiowego (niebiesko) i osłonki myelinowej (różowo) w preparatach, traktowanych metodą Mann-Alzheimera, daje bardzo ładne obrazy zanikania osłonki myelinowej naokoło naczyń.

Pozostały jeszcze do omówienia niższe części mózgu. Preparaty z okolicy jądra ogoniastego, soczewkowatego i wzgórka wzrokowego wykazują zmiany, różniące się tylko ilościowo od zmian w korze mózgowej: komórki zwojowe, szczególniej w jądrze soczewkowatem, znacznie silniej jeszcze stłuszczone, natomiast bujanie gleju mniej wybitne. W naczyniach widzimy w przeważnej części zmiany, odpowiadające zmianom naczyń substancyi białej, tylko że okołonaczyniowe nowotworzenie włóknistego gleju mniej jest rozwinięte. Również nieznaczne tylko różnice istnieją między zmianami w mózgu a w móżdżku. Komórki Purkinjego niewybitnie zmienione; uderza tylko ich nieregularne umieszczenie: zamiast na granicy warstwy molekularnej i ziarnistej, leżą wyżej lub niżej. Bujanie gleju w korze móżdżkowej słabo zaznaczone; w substancyi białej znacznie silniej w miej-

Fig. 4.

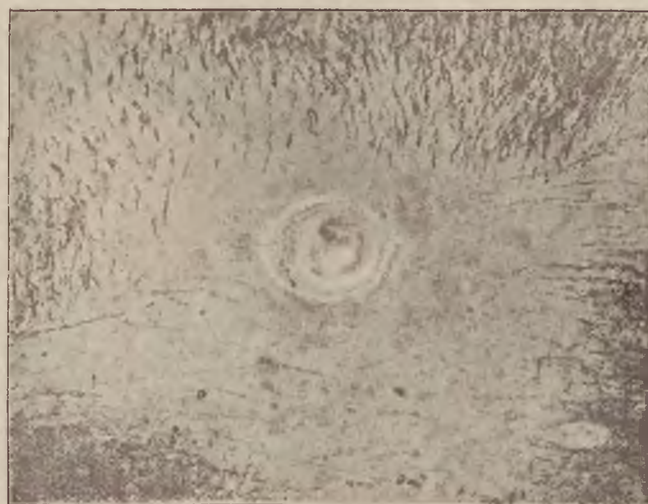


Fig. 5

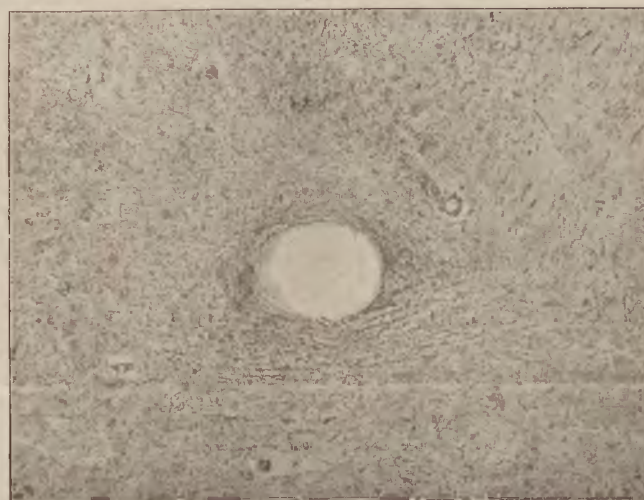


Fig. 6

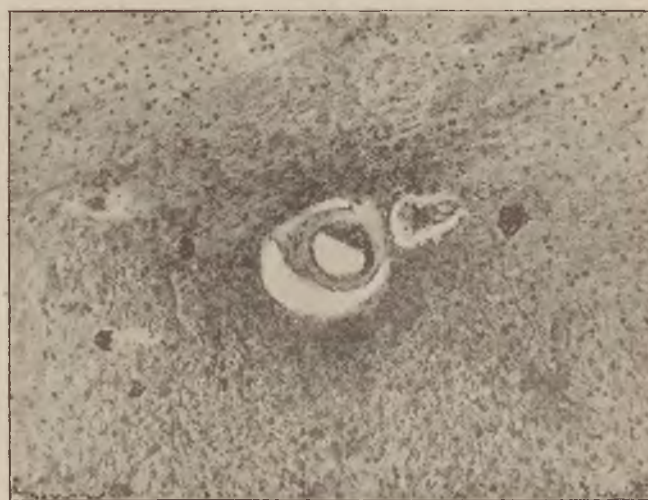


Fig. 4. Skrawek substancyi rdzeniowej półkuli: a) naczynie, b) komórki ziarniste (glejowe), leżące w przestrzeni okołonaczyniowej, pozbawionej osłonek myelinowych. Barwienie włókien myelinowych według Spielmayera na preparacie mrożonym.

Fig. 5. To samo miejsce w preparacie Bielschowskyego (włókna osiowe); naczynie wypadło przy krajaniu.

Fig. 6. To samo miejsce w preparacie glejowym Weigerta (na skrawku mrożonym): a) złogi barwika

scach naokoło naczyń, mniej jednak, niż w mózgu. W naczyniach móżdżkowych substancyi białej spotykamy najpiękniejsze okazy zmian zarostowych (endarteriitis). Odkładanie się mas szklistych w ścianach naczyń występuje tutaj bardzo często. Pień mózgowy nie przedstawia nic szczególnego, tak co do jakości schorzenia komórek zwojowych i gleju, jak i naczyń.

Dokładniejszego rozpatrzenia wymaga tylko ognisko, jakie znajduje się wśród skupień komórkowych pomiędzy poprzecznie i podłużnie przebiegającemi włóknami nerwowemi mostu. Rozciąga się ono przez całą jego długość, począwszy od tylnej części, gdzie leży pomiędzy i nad drogami piramid, aż do przedniej, gdzie wraz ze zmniejszaniem się skupień komórkowych mostu znika i ognisko chorobowe. W największej rozciągłości widzimy je w środkowej części mostu. Na nazwę ogniska zasługuje ta zmiana tylko o tyle, że ograniczona jest do pewnej części układu nerwowego ośrodkowego, a tu znów występuje specyalnie tam, gdzie się znajdują nagromadzenia komórek i wciska się razem z niemi pomiędzy pasma włókien nerwowych, zostawiając te włókna nietknięte. Jedynie w miejscu, gdzie ognisko dosięga największych wymiarów, rozprzestrzenia się ono częściowo i na sąsiednią substancyę białą równolegle do włókien nerwowych.

Rozpatrywanie w silniejszem powiększeniu przekonywa nas, że ognisko to składa się w całości z samych komórek ziarnistych (Körnchen- oder Gitterzellen) różnej wielkości (fig. 7). Wszystkie wolne od komórek zwojowych miejsca zajęte są przez te komórki. Pochodzenie ich czysto glejowe nie ulega wątpliwości. Na brzegach ogniska możemy śledzić cały proces przemiany zwykłych, nieco wybujałych, komórek glejowych, których protoplasma przybiera coraz więcej siateczkowatą budowę, na wspomniane komórki ziarniste. Dochodzą one do rozmiarów większych nawet, niż komórki zwojowe. Napotykane równocześnie dosyć często obrazy karyokinezy i rozpadu ciała komórkowego przemawiałyby za intensywnem i obfitem rozmnażaniem się i krótkiem zarazem życiem tych tworów. Z charakteru tych



Fig. 7. Część ogniska z mostu: a) komórki ziarniste (glejowe), b) komórki zwojowe. Toluidyna. Immer. Zeissa 1 - 30.

komórek i ich masowego występowania należałoby przypuszczać, że oddziała to i na inne elementa tkanki ektodermalnej i na tkankę mesodermalną. Tymczasem rzecz ta ma się zupełnie przeciwnie. Porównawszy zachowanie się tych tkanek w innych częściach pnia mózgowego, gdzie niema ogniska, różnicy żadnej nie widzimy. Niema wybitniejszego bujania włókien glejowych, niema jakichkolwiek nacieków komórkowych w ścianach naczyń, naczynia zaś tylko tam, gdzie ognisko jest największe, wykazują wybitne zmiany (endarteriitis).

Na tem kończymy omawianie układu nerwowego. Rdzenia niestety nie można było otrzymać. Badanie mikroskopowe kawałeczków wątroby, nerek i śledziony potwierdza wynik sekcyi, wykazując bardzo daleko posunięte stłuszczenie elementów miąższowych. W naczyniach zaś nerek i śledziony spotykamy takie samo bujanie śródbłonka i tworzenie się substancyi szklistej, jak w mózgu.

Przejrzawszy w ten sposób przebieg kliniczny i wynik badania histopatologicznego, możemy wysnuć następujące wnioski:

Rozpoznanie choroby za życia było trudne. Część objawów psychicznych, należących do zbioru objawów otępienia wczesnego (dementia praecox), część ich właściwsza raczej porażeniu postępowemu (paralysis progressiva juvenilis),— przy braku zmian fizycznych, dla tego cierpienia charakterystycznych, — wreszcie objawy poraźne ogniskowe o typie, zbliżonym nieco do stwardnienia bocznego (sclerosis lateralis amyotrophica), nie pozwalały na ścisłe rozpoznanie różniczkowe. Zbiór objawów umysłowych odpowiadałby najwięcej może kiłowemu porażeniu rzekomemu (pseudoparalysis luetica), lub wydzielonej przez Kraepelina z pośród innych chorób umysłowych na tle kiłowem grupie paranoidalnej.

Że w naszym przypadku było schorzenie kiłowe, pomimo braku dowodów za życia chorej, — nie ulega żadnej wątpliwości. Charakter i usadowienie się zmian chorobowych tak w dużych naczyniach, zgodne ze zmianami, opisanemi jeszcze przez Heubnera, jak i w małych i włosowatych, odpowiadające w zupełności obrazom, podanym najpierw przez Nissla i Alzheimera, czyni rozpoznanie kiłowych zmian naczyń (endarteriitis luetica) zupełnie pewnem.

Niestety jednak tak temu przypadkowi kiłowych zmian naczyń, jak i poprzednio ogłoszonym, nie odpowiada jeszcze ściśle ograniczony obraz kliniczny. Kraepelinowska »postać paranoidalna«, o ile zwiększona statystyka to potwierdzi, może ustalić się jako odpowiednik kliniczny tej specyalnej formy kiłowego schorzenia małych naczyń mózgowych, jakkolwiek zaznaczyć należy, że już przypadek Ilberga przedstawia się raczej jako czysta katatonia. Zaledwie kilkanaście dotychczas histopatologicznie dokładnie obrobionych przypadków nie pozwala na dalsze wysnuwanie wniosków.

Przypadek nasz dlatego jest w tym kierunku niezwykłym, że po raz pierwszy spotykamy się z podkorowem usadowieniem sprawy chorobowej. Gdy we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach (Nissl, Alzheimer, Sagel, Ilberg) zmiany kiłowe naczyń ograniczały się głównie tylko do naczyń kory mózgowej, tutaj schorzenie to obejmuje prawie wyłącznie naczynia substancyi rdzeniowej.

Drugim ciekawym szczegółem histopatologicznym są opisane wyżej zmiany w miąższu nerwowym naokoło schorzałych naczyń, t. j. zanik osłonek myelinowych przy zachowaniu prawie zupełnem włókien osiowych i równoczesnem bujaniu w tych miejscach gleju włóknotwórczego.

Podobne obrazy opisywali jeszcze w roku 1895 Binswanger, jako »encephalitis subcorticalis chronica« i Alzheimer, jako miażdżycowy zanik mózgu. Przypadek nasz wykazuje, że o ile kiłowe zmiany naczyń (endarteriitis luetica) rozwijają się w małych naczyniach substancyi rdzeniowej, to wywołują zmiany w miąższu nerwowym, podobne do stwierdzonych już przy miażdżycowem schorzeniu naczyń.

Tego rodzaju ogniskowo rozsianym zanikiem substancyi białej zajmowali się potem dokładniej różni autorowie; spotykali go jednak tylko w mózgach paralityków lub przy stwardnieniu rozsianem (sclerosis disseminata et diffusa cerebri). Siemerling i Vogt stwierdzają ściślejszy patogenetyczny związek pomiędzy tem wypadaniem substancyi rdzeniowej, a leżącemi w pośrodku ognisk naczyniami o zgrubiałych ścianach. Borde, Fischler, Spielmayer i Krabbe spostrzegają również bardzo często topograficzną zależność tych zmian od naczyń mózgowych, wszyscy jednak utrzymują, że leżące ośrodkowo naczynia nie są inaczej, lub ciężej schorzałe, niż inne w tym samym mózgu. Fischer i Krabbe przypuszczają, że krążąca we krwi jakaś toksyna dostaje się przez uszkodzoną ścianę naczynia do miąższu nerwowego i wywołuje okołonaczyniowy zanik osłonki myelinowej (Krabbego »perivasculäre Marknekrose«). Spielmayer natomiast tłómaczy to usadowienie ognisk tylko patologiczną obfitością nowopowstałych naczyń w mózgach paralityków.

W przeciwieństwie do tych spostrzeżeń przypadek nasz wykazuje, że tego rodzaju okołonaczyniowy zanik włókien nerwowych istnieje także przy kiłowych zmianach naczyń (endarteriitis luetica). Schorzenie naczynia jest tu zmianą pierwotną, wiodącą w następstwie do zaburzeń w sąsiednim odcinku tkanki nerwowej, bądź to na drodze zaburzeń krążenia i odżywiania, bądź też, — i to może prawdopodobniej, — przez dyffuzyę jadu kiłowego.

Pozostaje wreszcie do omówienia ognisko, jakie znaleźliśmy w zakresie skupień komórkowych w moście. Wspomniany wyżej brak odpowiedniego odczynu ze strony tkanki mesodermalnej (zwłaszcza naczyń w obrębie ogniska), brak widocznego oddziałania na stan komórek zwojowych, wreszcie stwierdzone glejowe pochodzenie komórek ziarnistych, tworzących ognisko, — wyklucza przypuszczenie ogniska rozmięknienia, spowodowanego silniejszem kiłowem schorzeniem naczynia.

Wielkość ogniska i jego budowa przemawiałyby najwięcej za świeżem ogniskiem przy rozsianem stwardnieniu. Ponieważ jednak mamy tu mózg, który uległ ciężkiemu schorzeniu kiłowemu, nasuwa się pytanie, czy również i kiła nie może wywołać takiego rodzaju ogniska. Silnie zmienione naczynia, jakie widzieliśmy w środku ogniska, w miejscu jego największej rozciągłości, popierałyby może to przypuszczenie. Pytanie to da się prawdopodobnie rozstrzygnąć na dalszym materyale i przy zastosowaniu innych jeszcze metod barwienia, co ze względów technicznych w naszym przypadku było niemożliwe.

Jak się przekonywamy, i nowoczesna histopatologia układu nerwowego wykazuje coraz częściej wspólność poszczególnych składowych w obrazie anatomicznym przy różnych schorzeniach i przy różnej ich etyologii i wpływa tem samem na zmianę symptomatologii jednostek chorobowych.

Literatura. 1) Alzheimer: Allg. Zeit. f. Psych. 1895. Str. 804. — 2) Tenże: Histolog. u. histopath. Arbeiten üb. d. Grosshirnrinde. 1904. Bd. I. — 3) Tenże: Allg. Zeit. f. Psych. 1909. Str. 920. — 4) Tenże: Histolog. u. histopath. Arbeiten üb. d. Grosshirnrinde. 1910. Bd. III. H. 3 — 5) Binswanger: Allg. Zeit. f. Psych. 1895. S. 804. — 6) Borda: Rivista de la sociedad medica Argentina. Buenos-Aires 1906. T. XIII. (według 7). — 7) Fischer: Arbeiten a. d. deutsch. psych. Univ. Klinik in Prag. 1908. — 8) Heubner: Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig 1874. — 9) Ilberg: Zeitschr. f. d. Neur. Psych. 1910. Bd. II. H. 3. — 10) Krabbe: Allg. Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych. 1913. Bd. XX. H. 1. — 11) Nissl: Neur. Centralb. 1904.— 12) Tenże: Histol. u. histopath. Arbeiten üb. d. Grosshirnrinde. 1904. Bd. I. S. 315. — 13) Tenże: Diskussion zum Alzheimerschen Vortrag. Allg. Zeit. f. Psych. 1909. S. 924. — 14) Oppenheim G.: Neur. Centralbl. 1998. S. 898. — 15) Sagel: Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych. 1909. Bd. I. H. 3. — 16) Schüle: Allg. Zeit. f. Psych. 1872. S. 605. — 17) Siemerling: Allg. Zeit. f. Psych. 1899. S. 642. — 18) Spielmayer: Neur. Centralbl. 1910. Nr 7. — 19) Tenże: Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych. 1910. Bd. I. H. 5. — 20) Vogt: Diskussion zum Siemerling's Vortrag. Allg. Zeit. f. Psych. 1899. S. 642.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

substancya zużywna, Verbrauchsstoff.
zapomiętliwość, Vergesslichkeit.
zapalenia wyrostka robaczkowatego, vermiculitis.
wywoływacz, Antigen.
niwecznik, Antistoff (Antikörper).
choroba glistna, ascaridiasis.
wzgórek bębenkowy, promontorium tympani.
wzgórek miedniczy, promontorium pelvis.
metoda wypłuczna, Ausspülungsmethode.
wykrztusina, wydalina, Auswurfsstoff.
samozatrucie, Autotoxicose.
spęcherzenie, Blasenbildung.
czerak gromadny, carbunculus.
krosta wąglikowa, pustula maligna.
choroba posurowicza, Serumkrankheit.
wysypka posurowicza, Serumexanthem.
powietrzyca (jak cukrzyca, mocznica), pneumathaemia.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Na rzecz wdów i sierot po lekarzach przysłali: Dr Joachim Fraenkel z Tarnowa 770 K., Prof. Dr Machek 200 K. Razem 970 K.

Kraków. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali p. Jan Maryan Burzyński, rodem z Warszawy i p. Adolf Ingster z Będzina.

Warszawa. Prof. Dr Szymon Dzierżgowski, były dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu, przeniósł się do Warszawy i objął kierownictwo Wydziału higieny publicznej w Ministerstwie zdrowia. (Gaz. lek. 30).

— Do komisyi Zdrowia publicznego wybrani zostali z Rady stanu: Dr R. Radziwiłłowicz (przewodniczący), prof. Dr Alfred Sokołowski, Dr Marczewski, Dr Świeżyński i hr. Wł. Zamoyski. (Gaz. lek. 31).

Zmarli:

† Dr Waleryan Macudziński.

Dnia 29. lipca b. r. zmarł w Jaśle w 75 r. ż. Dr Waleryan Macudziński, em. dyrektor szpitala, żołnierz wojsk polskich z roku 1863. Urodzony w Gorzycach powiatu Jasielskiego z rodziny ziemiańskiej, od kilku wieków tu osiadłej, zdobył przez 50 lat pracy w zawodzie lekarskim niebywałe uznanie, zaufanie i szacunek współobywateli, czego widocznym wyrazem były nieprzeliczone rzesze wszystkich warstw ludności na Jego pogrzebie. Wśród licznych wieńców, złożonych na trumnie, odznaczały się dwa niezwykłe, pochodzące od setek kolejarzy, którzy nie zapomnieli o swoim lekarzu, mimo iż już przed 6 laty musiał dla podeszłego wieku porzucić posadę kolejową. Tutejsi lekarze i aptekarze zamiast wieńca urządzili między sobą doraźną składkę, a zebraną kwotę 410 kor. przeznaczyli na korzyść wdów i sierot po legionistach. Ś. p. Waleryan Macudziński obchodził w bieżącym roku 50-letni jubileusz dyplomu lekarskiego. Cześć Jego pamięci; spokój Jego duszy! Dr Józef Kadyi.

Dr Ewaryst Żórawski, wychowaniec Szkoły Głównej, lekarz szpitala tyfusowego w Grodzisku, z tyfusu w 66 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 33. Kraków, 17. sierpnia 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 17. sierpnia 1918 Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski.

Dermografia (objaw Trousseau) zajmuje w symptomatologii cierpień nerwowych dość niezwykłe, a przytem uprzywilejowane stanowisko, mimo, że przeważna część badaczy lat ostatnich odmawia jej nietylko znaczenia objawu znamiennego dla nerwicy urazowej, ale kwestyonuje ją wogóle jako objaw rozpoznawczy. A przecież trudno znaleść orzeczenie sądowe w sprawie nerwicy urazowej, gdzieby dermografia, określana zwykle niejasno i niesubtelnie, jako obecna lub nie, nie zajmowała poczestnego miejsca, powagą swą nieraz przy braku przedmiotowych danych popierająca podmiotowe skargi badanego, nie przechylała rozpoznania w kierunku nerwicy urazowej. Z innej znowu strony zależnie od wyrobionego sobie zdania badającego o wiarygodności opowiadań i skarg badanego (często bardzo opartego tylko na bezwiednej sympatyi lub antypatyi) objaw dermografii przybiera zależnie od potrzeby raz rolę objawu rozstrzygającego, to znowu objawu zupełnie bez znaczenia.

W ostatnich latach nie brak prac, zajmujących się sprawą dermografii, których autorzy wzięli sobie za zadanie bliższe zbadanie obecności objawu w rozmaitych cierpieniach, w szczególności w chorobach nerwowych, oraz określenia ewentualnego stanowiska w symptomatologii tych cierpień, jak z drugiej strony zbadanie mechanizmu objawu. Najmniej może wartości przedstawiają opisywane pojedyncze przypadki cierpień, przy których znaleziono tę lub inną dermografię:

E. V. Mock (Cambridge) wspomina o 35-letnim mężczyźnie, który zwykł był przez szereg lat kąpać się w zimnej wodzie. Zauważył, że w rozmaitych miejscach skóry zatracił możność pocenia się; w tych samych miejscach w kilka lat później miała występować wybitna dermografia, trwająca po jednorazowem podrażnieniu 2—3 godzin.

Launois opisał (Nouv. Iconogr. de la Salpetrière) dwa ciekawsze przypadki wybitnej dermografii: jeden dotyczy osoby z samorodną padaczką, od dzieciństwa czerwie (helmintiasis), a w 13 r. życia wybitna dermografia. Prawdopodobnie było tu samozatrucie. W drugim przypadku chodzi także o padaczkę, powikłaną znowu tasiemcem; również wybitna dermografia.

H. Stursberg w r. 1905 badał w kierunku dermografii 173 osób, w której to liczbie było 100 nerwowo zdrowych, 49 czynnościowo nerwowo chorych i 24 organicznie nerwowo chorych; wobec braku różnicy w otrzymanych wynikach autor ten odmawia dermografii znaczenia rozpoznawczego. Do tego samego wyniku i wniosku dochodzi H. Städler[1]).

Do ciekawego wniosku w stosunku do padaczki dochodzi Roubinowitsch[2]), a mianowicie, że tak podczas, jak i bezpośrednio po napadzie dermografia w stosunku do okresów między napadami występować ma z mniejszem nasileniem, oraz, że czas reakcyi jest stosunkowo dłuższy. Autor ten nawet chce zastosować swój wynik praktycznie w kierunku odróżniania symulacyi.

Jaroszewski[3]) wypowiada twierdzenie, że w nerwicy urazowej w pierwszym okresie (obejmującym kilka miesięcy) da się otrzymać tylko dermografia biała, która szczyt swój osiąga w ciągu roku. Po upływie tegoż znika, ustępując miejsca dermografii czerwonej zwyczajnej.

Dodatnim wynikiem swych badań pochwalić się może Milella[4]), który badał 100 osób nerwowo chorych. Dermografia, według tego autora, u neuropsychopatów jest zawsze obecna; u zdrowych jest częsta, trwając zwykle krótko, i to krócej u blondynów, niż brunetów. U epileptyków, histeryków i neurasteników w okresach oddalonych od napadów jest dermografia silniejsza. Co do długości trwania, to w porażeniu połowiczem trwa dermografia dłużej na porażonej części ciała, aniżeli na zdrowej.

Sprawą dermografii u dzieci zajął się Brinckmann[5]). Zbadał on 300 dzieci z wynikiem co do znaczenia rozpoznawczego dermografii ujemnym. W przeważnej liczbie przypadków, drażniąc mechanicznie skórę przez posunięcie po jej powierzchni przedmiotem twardym, otrzymał mniej lub więcej wyraźną linię czerwoną. Występuje ona jednak tak u zdrowych, jak i chorych, u chorych bez względu na rodzaj choroby. Nawet wniosku o wzmożonej pobudliwości układu nerwowego z bardziej dodatniego wyniku objawu dermografii nie można wysnuwać.

Reznicek[6]) badał działanie ciepła, zimna, elektryczności, atropiny, adrenaliny i pituitryny na dermografię wypukłą (dermographia elevata). Bez wpływu jest ciepło, elektryczność, atropina i pituitryna, natomiast zimno i wyciąg z nadnercza działają hamująco na taką dermografię. Mechanizm hamujący zimna tłomaczy sobie autor działaniem na mięśnie gładkie naczyń, natomiast działanie adrenaliny tłumaczy sobie również jako działanie na mięśnie gładkie naczyń, ale za pośrednictwem nerwu współczulnego. Zimno zdaje się także działać hamująco na przesiękanie przez naczynia włosowate, co prawdopodobnie nie jest bez znaczenia dla powstawania dermografii wypukłej.

Lapinsky[7]) badając mechanizm i znaczenie rozpoznawcze dermografii, dochodzi do wniosków następujących:

»1. W mechanizmie powstawania dermografii muszą wielką odgrywać rolę ruchy skóry, spowodowane skurczem gładkich mięśni skóry, jako też drgania elastycznej tkanki, w której oczkach leży sieć naczyń skórnych. Skurcz gładkich mięśni skóry musi w następstwie hamować ruch krwi w obrębie skóry właściwej i skóry (najpierw w żyłach). Drgania elastycznych włókien w skórze jak też rozluźnianie się zrębu są w swem działaniu podobne do sprężyny, wychylonej z punktu równowagi. Skutkiem wstecznego sprężystego ruchu pęka ściana naczynia, w następstwie czego światło sieci naczyń włosowatych w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej (stratum papillare i stratum subpapillare) rozszerza się.

2. Naczynia włosowate leżące najbardziej na powierzchni, w których się sprawa dermograficzna odgrywa, mogą się zacho-

---

1) Inaug. Diss. Erlangen 1907.
2) Bulletin méd. Nr 57 (22 Juillet 1908).
3) Powtórzone za Jahresber. f. Neur. u. Psych.
4) Annali di nevrol. 1910.
5) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. XIII. Nr 4 (1914).
6) W. kl. W. Nr 44 (1914).
7) Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 22; powtórzone za Jahresber. f. N. u. P.

wywać zupełnie biernie. Przyjęcie roli czynnej albo skurczu jest mniej uzasadnione, a to z tego względu, że naczynia włosowate nie posiadają w ścianach pierwiastków mięśniowych, a obecność innych zdolnych do skurczu składników w ich ścianach przez nikogo nie została stwierdzona.

3. Ośrodek naczynioruchowy nie jest czynny w mechanizmie dermografii.

4. Układ współczulny, który innerwuje mięśnie gładkie, reguluje także i sprawę dermograficzną. Z nasilenia dermografii można wnosić i o stanie układu nerwowego współczulnego, i to w tym kierunku, że większa pobudliwość układu współczulnego pociąga za sobą i silniejszą dermografię.

5. Ponieważ schorzenie narządów wewnętrznych, unerwionych przez splot współczulny, może ten układ wyprowadzić z równowagi, a wprowadzić natomiast w stan podrażnienia czy też wzmożonej pobudliwości, możnaby więc z nasilenia dermografii wnosić o stanie narządów wewnętrznych.

6. Patologiczną czerwoną dermografię w okolicy pleców i karku spostrzegano przy schorzeniach narządów wewnętrznych, leżących tak w dużej, jak i małej miednicy.

Barabas[8]) badał dermografię tak u gorączkujących, jak i niegorączkujących. U pierwszych dermografia występowała wcześniej, i to w 3—6 sekund po podrażnieniu, u drugich dopiero w 8—12 sekund. Przy przełomie gorączki lub w okresie zdrowienia występował objaw jeszcze szybciej. U gorączkujących smuga czerwona była szersza, niż u niegorączkujących. Wpływu rodzaju gorączkowej choroby mimo 171 obserwacyi wykazać nie mógł.

Müller[9]) nie przyznaje dermografii większego znaczenia. Co do formy dzieli on dermografię na następujące odmiany:

1. Dermografia biała, jako odczyn na bodziec słaby a krótkotrwały (polega zdaniem autora na bezpośredniem drażnieniu naczyń skóry).

2. Dermografia czerwona przy bodźcu nieco silniejszym; ogranicza się jednak, podobnie jak i poprzednia, do miejsc bezpośrednio drażnionych. Często po obu bokach linii czerwonej przebiegają linie białe.

3. Gdy wywierać będziemy nacisk jeszcze silniejszy, zaczerwienienie nie będzie się ograniczać do linii, ale utworzy plamy czerwone, zlewające się. Ten rodzaj dermografii uważa autor za odruch rdzeniowy.

4. Dermografia wypukła (elevata) jest najrzadsza i polegać ma na lokalnej pobudliwości ścian naczyniowych, a uwarunkowana jest zmianami w chemizmie skóry.

Dermografia biała jest częstsza u osób młodych, bardziej wyraźną znalazł ją autor w przypadku wysokiej gorączki w okresie początkowym duru, w jednym przypadku wiądu rdzenia i w jednym przypadku stwardnienia rozsianego.

Fauconnier[10]) zauważa, że znaczenie dermografii wogóle jest przeceniane, a dermografię gładką uważa się najniesłuszniej za objaw patologiczny i jako objaw neurastenii. Jednolitą metodą zbadał on 120 patologicznych przypadków. Rozróżnia on formy następujące:

1. Dermografia płaska, różowa lub czerwona, trwająca nieraz do 15 minut. Dłużej trwającą znajdował Fauconnier przy padaczce, otępieniu wczesnem i porażeniu postępowem, rzadziej natomiast przy neurastenii.

2. Dermografia wypukła (en relief), także czerwona lub różowa, uważana jest przez tego autora za objaw neuropatyczny; znajdował ją najczęściej przy padaczce, otępieniu wczesnem i u porażeńców postępowych.

O ile uwzględnimy i okolicę ciała, na której skórę drażniono, to odczyn na plecach był zawsze silniejszy, niż na piersi.

Audenino[11]) opisuje przypadek bardzo wybitnej wypukłej dermografii, występującej przeważnie na klatce piersiowej i brzuchu, a trwającej po podrażnieniu 3—6 godzin. Przypadek ten dotyczył epileptyka. Po napadzie drgawek dermografia biała (podobna do tej jaką spostrzegał Negro u osobników z lekkimi objawami nadwerężenia pęczków piramidowych).

Schwartz[12]) dzieli dermografię na 1) obwodową, 2) bolesną i 3) wypukłą. Pierwszy i drugi rodzaj dermografii dzieli jeszcze na białą i czerwoną. Dermografia czerwona jest zawsze najsilniejsza na piersiach i plecach. Ku kończynom nasilenie słabnie, robiąc miejsce dermografii białej. Części skóry leżące po stronie zginaczy, jak i leżące więcej dośrodkowo, są bardziej skłonne do dermografii czerwonej. Wybitnie wpływać na powstawanie dermografii zdaje się przyjęcie pokarmów, ruchy kończyn i ich ewentualne ułożenie. Autor ten zajmował się również wpływem działania nikotyny, kofeiny i alkoholu na powstawanie dermografii. Dwa pierwsze środki wpływają w tym kierunku, że ułatwiają powstanie żywszej dermografii bolesnej; działanie alkoholu nie daje zgodnych wyników. Prąd elektryczny galwaniczny nie wywiera wpływu na dermografię obwodową, natomiast wpływa dodatnio na dermografię czerwoną bolesną; prąd faradyczny wywołuje żywszą dermografię obwodową czerwoną. Większy wpływ na dermografię zdają się mieć: sprężystość naczyń, zawartość hemoglobiny we krwi, kwaśność krwi i wpływy psychiczne. Przy dzisiejszej znajomości fizyologii układu naczynioruchowego nie ma dermografia większego znaczenia w dyagnostyce czynnościowych chorób nerwowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

8) Gyógyászat Nr 7; za Jahresber. f. Neur. u. Psych. (1916).
9) Deutsche Zeitschr. f. Nerv. Bd. 47. u. 48. (1913).
10) Journ. de Neurol. Nr 4 (1911).
11) Rivista neur. IV (1911).
12) Correspbl. f. Schw. Ä. 1917. Nr 26.

Ze szpitala Czerwonego Krzyża w Nowym Sączu

Odczyny barwne moczu w rozpoznaniu duru brzusznego, zapaleń płuc i gruźlicy.

Podał

stud. med. **Antoni Lasek.**

Przy wykonywaniu rozbiorów moczu uderzyło mnie, że odczyn barwny błękitem metylenowym, podany przez Kusso (Zeitschr. f. Tuberkulose T. 17. Z. 3), wypadał dodatnio bez porównania częściej od odczynów: dwuazowego Ehrlicha i Weisza.

Zacząłem więc przy wszystkich rozbiorach stosować wszystkie trzy odczyny i porównywać wyniki, aby zdać sobie sprawę, który z odczynów daje najwcześniejsze i najpewniejsze wyniki, mogące posłużyć do oryentacyi wtedy już, kiedy nie można jeszcze ująć obrazu choroby i ustalić rozpoznania.

Odczyn metylenowy wykonywałem, zaprawiając 5 cm sz. moczu 5 kroplami 1‰ rozczynu błękitu metylenowego lub 2 kroplami 2‰ rozczynu błękitu i 0·5 cm sz. chloroformu.

Z licznego szeregu spostrzeżeń przytoczę kilka.

1. 4. XI. 1917. P. S. l. 22, c. wiecz. do 38·8° C. Mocz: barwa winno-żółta, c. g. 1018, białka, cukru niema. Diazo —, Ehrlicha —, Weisza +, Metylenowa +. W plwocinie: Prątki Kocha (Gaffky 2). Rozpoznanie Tbc pulmonum.

2. 8. XI. 1917. P. J. l. 28, c. wiecz. do 38·6° C. Mocz: winno-żółty, c. g. 1025, białka, cukru niema. Diazo —, Weisza —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc. apicum.

3. 10. XI. K. St. l. 21, c. wiecz. do 37·3° C. Wybujałości gruźlicze na podniebieniu, zajęcie gruczołów. Mocz: winno-żółty, c. g. 1020, białka, cukru niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątki Kocha (Gaffky 4). Rozp. Tbc. pulm.

4. 18. XI. 1917. W. J. l. 24, c. wiecz. do 38·9° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1026, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. Plwocina: Prątki Kocha (Gaffky 3). 21. XI. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 30. XI. Exitus letalis.

5. 29. XI. H. l. 26, c. wiecz. do 38·5° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1027, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum. 2. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 6. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 6. XII. Plwocina: Prątki Kocha (Gaffky 2). Rozp. Tbc pulm.

6. 3. XII. 1917. B. B. J. l. 27, c. wiecz. do 38° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1018, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

7. 19. XII. Z. K. l. 20, c. wiecz. do 37·4° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1018, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

8. 2. I. 1918. Bł. J. l. 28. c. wiecz. do 38° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1022, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

9. 15. I. K. W. l. 19, c. wiecz. do 38·4° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1019, cukru niema, białka ślad, Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. Plwocina: Prątki Kocha (Gaftky 6), osad moczowy: l. leukocyty, nabłonki miedniczek nerkowych, wałeczki gruboziarniste, prątki Kocha. Rozp. Tbc pulmon. et renum.

10. 20. I. Z. J. l. 28, c. wiecz. do 38·2° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1019, białka, cukru niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

11. 12. II. 1918. M. N. l. 29, c. wiecz. do 39·8° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1028, cukru niema, białka ślad. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. 15. II. Diazo —, Weisz +, Metylenowa + 14. II. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W plwocinie: Bact. pneumoniae Friedländeri. Rozp. Pneumonia.

12. 3. III. 1918. Ł. K. l. 25, c. wiecz. do 39·6° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1026, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. 4. III. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 5. III. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 6. III. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W plwocinie: Bact. pneumoniae. Rozp. Pneumonia.

13. 1. II. M. O. l. 18, c. wiecz. do 40·2° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1028, cukru niema, białko 2·3‰ m. Esbach. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W plwocinie: Bact. pneumoniae. Rozp. Pneum., vitium cordis. 3. II. Exitus letalis.

14. 2. XII. 1910. J. W. l. 23, c. wiecz. do 40° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1033, cukru niema, białka ślad. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 3. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 4. XII. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. W kale: Bact. typhi. 5. XII. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. Rozp. Typhus abdomin.

15. 3. I. 1918. R. J. l. 26, c. wiecz. do 39·5° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1028, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 4. I. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 5. I. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 6. I. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W kale: Bact. typhi: Rozp. Typhus abdominis.

16. 8. XII. 1917. D. S. l. 19, c. wiecz. do 39·8° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1026, cukru niema, białka ślad, Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 9. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 12. XII. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 13. XII. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W kale: Bact. typhi. Rozp. Typhus abdomin.

Już z przytoczonych przypadków widać, że próba metylenowa wypada dodatnio wtedy już, kiedy odczyn dwuazowy i Weisza dają jeszcze ujemne wyniki. Pewność próby metylenowej potwierdzają badania drobnowidowe, jak i dodatnie odczyny dwuazowy i Weisza.

W wielkiej liczbie zajęcia szczytów płuc (z górą 100 przypadków), przebiegającego bez podniesień ciepłoty, w których i próba dwuazowa i odczyn Weisza wypadały ujemnie, próba błękitem metylenowym dawała zawsze wynik dodatni: jasnoszmaragdowe lub barwę akwamarynu mające zabarwienie moczu. Warstwa chloroformowa, pochłaniając resztki niezmienionego błękitu metylenowego, barwiła się z reguły błękitnie.

W stanach z wysoko podniesioną ciepłotą, próba błękitem metylenowym wywoływała zabarwienie moczu ciemno-szmaragdowe przy błękitnem zabarwieniu warstwy chloroformowej. Próbę taką uważałem za wybitnie dodatnią.

Odczyn dwuazowy Ehrlicha bardzo często zawodził, nawet w przypadkach otwartej gruźlicy, w których próba błękitem metylenowym zawsze dawała wyniki niewątpliwie dodatnie, potwierdzone obecnością prątków Kocha w plwocinie. Wcześniej i częściej od odczynu dwuazowego Ehrlicha zgadzał się z dodatnią próbą metylenową odczyn Weisza, choć i on często zawodził nawet w przypadkach, nie ulegających pod względem rozpoznania żadnej wątpliwości.

Okoliczność, że badaniem chorych zajmowało się dwóch lekarzy, ja zaś prowadziłem jedynie rozbiory wydalin, potwierdza zgodność podanych faktów.

Łatwość wykonania wszystkich trzech odczynów pozwala każdemu na ich wypróbowanie i upewni, że próba błękitem metylenowym powinna zyskać przed odczynem dwuazowym i Weisza pierwszeństwo, bo o trzy, cztery i więcej dni wcześniej od nich wypada dodatnio, wykrywając zakażenie; jest zaś i najczulszą, daje bowiem wyniki dodatnie tam, gdzie tamte obie próby zawodzą, a gdzie rozpoznanie potwierdza obraz kliniczny i drobnowidowy.

Z piśmiennictwa wspomnę krótko, że odczyn Kusso z błękitem metylenowym uważano zrazu za swoisty dla gruźlicy, jednakże ten pogląd nie mógł się długo utrzymać. Boit stwierdził, że przy dodatnim odczynie Kusso także i odczyny: dwuazowy Ehrlicha i Weisza wypadają dodatnio. Gergely zbadał w przeszło 1000 przypadków porównawczo odczyny w moczu i stwierdził, że odczyn Kusso jest w ciężkich przypadkach gruźlicy częściej dodatni, niż dwuazowy, a rzadziej, niż urochromogenowy, w durze i paratyfusie zawsze dodatni i wcześniejszy od dwuazowego, wreszcie niekiedy bywa dodatni także w ciężkiej czerwonce, ciężkiem zapaleniu płuc i t. p. Weisz utrzymuje, że odczyn Kusso i urochromogenowy wypadają równocześnie dodatnio.

W 40 przypadkach dodatniego odczynu Kusso badałem mocz co do urochromu (według Malarskiego 5 cm sz. moczu z równą objętością kwasu siarkowego) i stwierdzałem (sądząc kolorymetrycznie) zwiększenie urochromu zaledwie w jednej trzeciej przypadków.

Piśmiennictwo: 1) Kusso: Zeitschr. f. Tuberkulose. T. 17. Z. 3. — 2) Boit. M. m. W. 1916. Nr 43. s. 1515. — 3) Gergely. M. m. W. 1917. Nr 44. — 4) Lipp. M. m. W. 1916 Nr 46. — 5) Rhein. M. m. W. 1917. s. 1608. — 6) Tripold. M. m. W. 1917. Nr 44. — 7) Weisz. Biochem. Zeitschr. 30. s. 333.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

węzłowatość tętnicy, periarteriitis nodosa, nodositas arteriae.
narząd zgąbczały, Schaumorgan (nécrose gazeuse).
teorya piankowatości, Schaumtheorie (des Protoplasma).
płat oddzielony, Schnürlappen.
nerwica przerażenna, Schreckneurose.
ogłuchnienie przerażenne, Schrecktaubheit.
wstrząśnica, Schüttelapparat.
gorączka krwinkogubna, Schwarzwasserfieber.
naprężliwość, pęczliwość, Schwellbarkeit.
odruch ścięgienny, Sehnenreflex.
sposób samobarwienia się, Selbstfärbungsmethode.
samoznaczący, selbstregistrierend.
moczopochodny, moczowy, urogen.
dnawiec, Uratiker.
uodpornienie surowicą, serovaccinatio.
rozpoznawanie surowicą(ami), Serodiagnostik.
uodpornianie zespolone, Simultanimmunisierung, kombinierte Immunisierung. 12.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 13 marca 1918

(Dokończenie).

II. Kol. prof. Rosner demonstruje:

1) Przypadek garbu III—V kręgu lędźwiowego, który wytworzył postać miednicy, zwaną **pelvis obtecta**. Chora przebyła przed kilku laty cięcie cesarskie metodą, zastosowaną do niezwykłych warunków. Obecnie chora jest znowu w ciąży i okazuje objawy hypertyreoidyzmu ze znacznem osłabieniem serca. Prelegent dopatruje się w tem wskazania do przerwania ciąży dla uniknięcia powtórnego cięcia cesarskiego.

2) Preparat **mięśniaka podsurowiczego** kształtu nerki, okazujący t. zw. różową martwicę z przesiąknięciem barwikiem krwi. Mięśniak oddzielony był prawie zupełnie od ściany macicy i niedostatecznie odżywiany zrostami. Obumarcie jego wywołało objawy otrzewne. Chora po operacyi powróciła do zupełnego zdrowia.

3) Trzy preparaty **macic ciężarnych, dotkniętych mięśniakami.** W jednym przypadku ciąża nie została przed operacyą rozpoznana; była to ciąża wczesna przy ogromnych guzach mięśniakowych, powodujących krwawienie. W drugim przypadku rozpoznano mięśniaki i ciążę. Ponieważ chora była dotknięta gruźlicą płuc, dającą wskazanie do przerwania ciaży, przeto obawiając się zabiegów wśródmacicznych przy dużych mięśniakach, usunięto całą macicę ciężarną, chcąc nadto zabezpieczyć chorą przed dalszemi ciążami i wywrzeć korzystny wpływ na przemianę materyi, ułatwiający gojenie się spraw płucnych.

4) Dwa przypadki **raka szyjki macicznej z równoczesną ciążą.** R. omawia przytem zły wpływ ciąży na przebieg raka i wskazania operacyjne, wykluczające wszelkie względy na rozwijający się płód. (Streszczenie własne).

Dr Michejda, sekretarz doroczny.

Polemika.

Otrzymujemy list następujący:

W imię bezstronności upraszam uprzejmie o zamieszczenie w »Przeglądzie« następującej odpowiedzi na uwagi w sprawie mego poglądu na organizacyę zdrowia, wydrukowane w wiadomościach bieżących Nr 22 »Przeglądu lekarskiego«.

Autor uwag tych pisze: »Zajęte przez Dr Polaka stanowisko (t. j. pogląd na utworzenie Ministeryum zdrowia publicznego) nie zgadza się ze stanowiskiem większości kół lekarskich tak w Europie, jak w Polsce, dążących do skupienia spraw zdrowia w osobnem ministeryum. To też koła lekarskie w Polsce z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego na czele gorąco powitały utworzenie Ministerstwa zdrowia w Warszawie, któremu w tych zwłaszcza początkach jego pracy należy, jak sądzimy, przedewszystkiem na każdym kroku iść z pomocą«.

Otóż mniemam, że każdy szczegół tej krótkiej wzmianki wymaga wyjaśnienia, resp. sprostowania.

A więc przedewszystkiem w Europie »większość kół lekarskich« nie dobijała się i nie dobiła się utworzenia ministeryum zdrowia, ale za to rządy i społeczeństwa dobiły się zmniejszenia śmiertelności więcej niż o jedną trzecią w porównaniu z naszą, czego dopięły bez ministerstw zdrowia. W jednej tylko Rosyi udało się prof. Rejnowi, lejbmedykowi, urządzić na kilka miesięcy ministeryum zdrowia, które Sejm obalił, opierając się na zdaniu lekarzy i samorządów. Jeżeli zaś Uniwersytet Jagielloński powitał gorąco utworzenie ministeryum, to, wobec faktu, że w czasie tym nie mógł nawet poznać organizacyi jego, bo jej nie ogłoszono, można rozumieć powitanie to, jako wylew uczucia bądź z powodu wogóle zarysów budowy państwa, bądź wobec faktu, że rząd wyraził tem, iż pragnie się liczyć poważnie ze zdrowiem, skoro nawet nie skąpił dlań oddzielnego ministeryum.

Niema mowy o tem, aby Wydział lekarski sprawę organizacyi zgłębił i żadne koła lekarskie w kraju, prócz Towarzystwa higienicznego i Komisyi przedstawicieli czterech Towarzystw lekarskich w Warszawie, sprawy tej szczegółowo nie badały.

Co się zaś tyczy osobistych moich poglądów, to autor wzmianki Nr 22 przedstawia sprawę tę wręcz błędnie. Otóż na posiedzeniu owej Komisyi delegatów czterech Towarzystw (rektor Brudziński, Dr Chodźko, Dr Męczkowski, Dr Giedroyć, Dr Kramsztyk, Dr Jaworski, Dr Radziwiłłowicz, Dr Bączkiewicz, dziekan Kryński, Dr Dąbrowski i inni), której złożony został, obok innych, referat Dr Kramsztyka o ministeryum zdrowia, przedstawiłem mój »Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego w Polsce«, w którym, opierając się na zasadzie głównej, że postęp zdrowia publicznego w Polsce, zgodnie z istotą rzeczy i duchem dziejów Polski, oprzeć należy na samorządach, powiedziałem, iż »centralną instytucyą zdrowia publicznego winno być ministeryum samorządów i zdrowia publicznego (str. 44 i 47)«, zostałem jednak przegłosowany przez wszystkich obecnych, nie wyłączając przyszłego ministra zdrowia i Komisya rzeczona, która debaty swe na moim projekcie oparła, zmieniła wyrazy, »zarząd główny zdrowia publicznego w Polsce należy do ministeryum samorządów i zdrowia publicznego« na »należy do ministeryum spraw wewnętrznych«.

Gdyby więc autor wzmianki zapragnął poddać rewizyi uwagi swoje, musiałby zapewne raczej powiedzieć, że to ja pragnąłem ministeryum zdrowia, a wszystkie koła lekarskie ministeryum spraw wewnętrznych. Ustąpiłem jednak bez oporu, gdyż lubo i dziś jestem przekonany, że samorządy winny posiadać osobne ministeryum ze zdrowiem połączone, to jednak mniemam, że organizacya zdrowia i w ministeryum spraw wewnętrznych, w projekcie Towarzystwa nakreślona, zapewnia zdrowiu publicznemu dość mocne i samodzielne stanowisko.

Z poważaniem

J. Polak.

Warszawa, 20. lipca 1918.

Uwaga Redakcyi. List powyższy wyjaśnia dokładnie stanowisko Dr Polaka, nie zmienia jednak w niczem faktu, że samodzielne ministerstwo zdrowia jest czem innem, niż dołączenie spraw zdrowia do ministerstwa samorządów, jak to Dr Polak proponował. Co do stanowiska większości kół lekarskich w Europie rozstrzygająca jest bardzo obszerna kilkoletnia dyskusya w czasopismach zawodowolekarskich, zwłaszcza niemieckich i austryackich, która, jak się zdaje, uszła uwagi Dr Polaka. Sprawa ustroju sanitarnego w Polsce była przedmiotem narad nietylko w Towarzystwie higienicznem warszawskiem, ale także w innych zrzeszeniach w Warszawie, w Towarzystwach lekarskich i Izbach lekarskich w Galicyi, w naszych czasopismach lekarskich i osobnych broszurach; ale i to, zdaje się, uszło uwagi Dr Polaka, jak również powitanie Polskiego Ministerstwa zdrowia nietylko przez Wydział lekarski krakowski, ale także warszawski i lwowski. Te szczegóły musimy zaznaczyć dla sprostowania faktów. Inna polemika jest zgoła niewczesna i dlatego jej nie podejmiemy.

Zmarli: Dr Bolesław Serkowski, emeryt. starszy lekarz powiatowy, w 79 r. ż. w Stryju. Ur. w Podgórzu, ukończył studya w Krakowie, poczem był przez 4 lata asystentem kliniki chorób wewnętrznych prof. Gilewskiego w Krakowie. Następnie był prymaryuszem szpitala powszechnego w Brzeżanach, a przez przeszło 30 lat lekarzem powiatowym. Na wszystkich stanowiskach niestrudzenie służył cierpiącej ludności, jednając sobie powszechną miłość i szacunek.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 34. Kraków, 24. sierpnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 24. sierpnia 1918 Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski.

(Ciąg dalszy).

Jak więc widać z przytoczonego piśmiennictwa, traktującego o dermografii, przeważna część autorów przyznaje dermografii znaczenie nader małe, albo odmawia go zupełnie. Mnie się zdaje jednak, że stanowisko to nie jest słuszne. Większość prac utyka w dwu kierunkach. Pierwszym byłby brak jednolitej metody u większej liczby autorów, co nie daje możności porównania wyników ze sobą. Drugą wadą jest niedostatecznie metodologiczne obrobienie uzyskanego materyału.

Co się tyczy braku jednolitości metody, to warunkowany on jest: a) brakiem jednolitego narzędzia, którem drażnimy skórę, b) rozmaitością nacisku wywartego na skórę, c) brakiem jednolitej okolicy ciała, którą drażnimy, d) rozmaitością określeń uzyskanego wyniku.

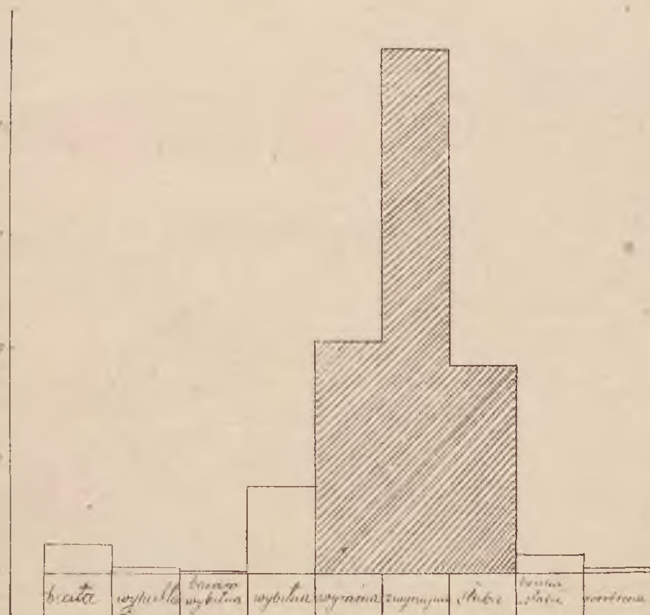
Narzędziem najczęściej używanem jest główka lub ostrze szpilki, rączka do pisania, paznokieć i t. d. Rozmaitość wywartego nacisku, zawsze mocno indywidualna, nawet u tego samego badacza, tem rozmaitszym ulega wahaniom u różnych badaczy.

Jak widzieliśmy powyżej, nie jest to rzeczą obojętną, czy drażnimy skórę na piersiach, plecach, brzuchu, czy na kończynach. Nieraz jeden i ten sam postrzegacz zależnie od okoliczności drażni skórę raz na piersiach, drugi raz na plecach, a wynik wpisuje pod tą samą rubryką.

Co się zaś tyczy określenia uzyskanego wyniku, to to największym ulega wychyleniom. Poza wprowadzonemi przez jednych bardziej stałemi określeniami, jak »dermographia elevata«, »alba«, »rubra«, »dolorosa« i t. d., inni określają nasilenie, jak zwyczajna, wyraźna, wybitna, słaba. Tutaj różnice w określaniu dochodzą do maximum: to, co u jednego jest wyraźnem, u drugiego może być wybitnem, u innego znowu zwyczajnem.

Rzeczą jest łatwo zrozumiałą, że podobny skrajny brak jakiejkolwiek wspólnej metody nietylko w stosowaniu bodźca, ale i w określaniu otrzymanego wyniku, prowadzić musi do chaosu, a wyniki uzyskane przez poszczególnych autorów mogą mieć tylko znaczenie dla nich samych, ale w żaden sposób nie dadzą się ze sobą porównywać. Gdybyśmy, nie znając termometru, chcieli badać ciepłotę u chorych raz w fałdach skóry, to znowu na powierzchni lub w ustach; dotykając ciała raz dłonią, a raz grzbietem ręki, a otrzymane wrażenie określalibyśmy: jest gorączka lub jej niema, jest mała lub znaczna; gdybyśmy wreszcie przeprowadzali nasze badania raz rano, a raz wieczorem lub w południe, to porządkując wyniki i porównując je ze sobą znaleźlibyśmy się w tem samem położeniu, w jakiem znajdujemy się teraz z naszą znajomością dermografii. A przecież nie odmówimy gorączce olbrzymiego znaczenia w dyagnostyce chorób wewnętrznych. Trzebaby się więc postarać o jednolitą metodę, którąby była stosowana przez większą liczbę obserwatorów, a którąby wykluczała wymienione powyżej braki. Dopiero, gdyby przy zastosowaniu takiej metody nie uzyskano wyników dodatnich, możnaby odmówić dermografii znaczenia rozpoznawczego objawu klinicznego.

Druga wada dotyczy obrabiania otrzymanego materyału według wymogów metod statystycznych. Skorelowanie jakiegoś objawu z jednostką chorobową nie jest wystarczające dla powiązania ich z sobą w przyczynową lub współrzędną zależność. Jeżeliśmy n. p. przy padaczce zauważyli dermografię wypukłą, to musimy odpowiedzieć jeszcze na następujące pytania: 1) w ilu przypadkach padaczki była dermografia wypukła, 2) w ilu przypadkach bez padaczki była dermografia wypukła, 3) w ilu przy-



Dementia praecox.



Katatonia

padkach padaczki nie była dermografia wypukłą, 4) w ilu przypadkach bez padaczki nie była dermografia wypukłą.

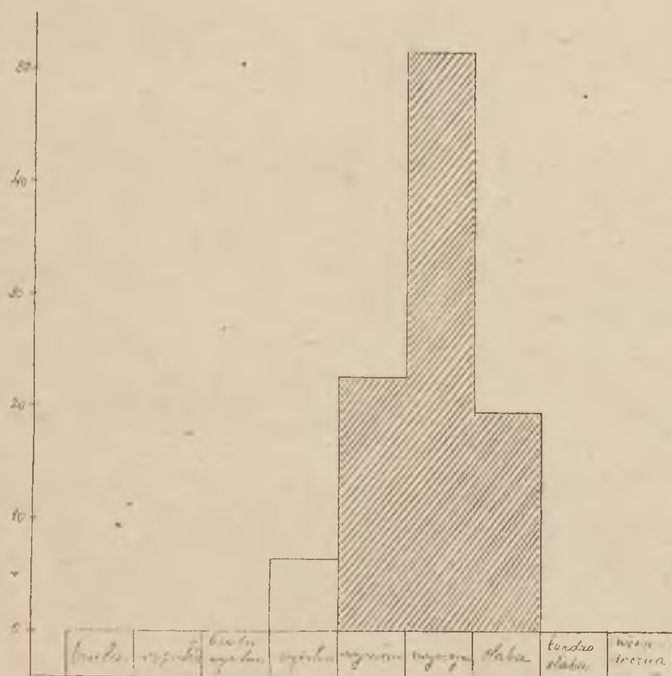
Dopiero wynik, poparty powyższem rozumowaniem, nabiera znaczenia ściśle naukowego.

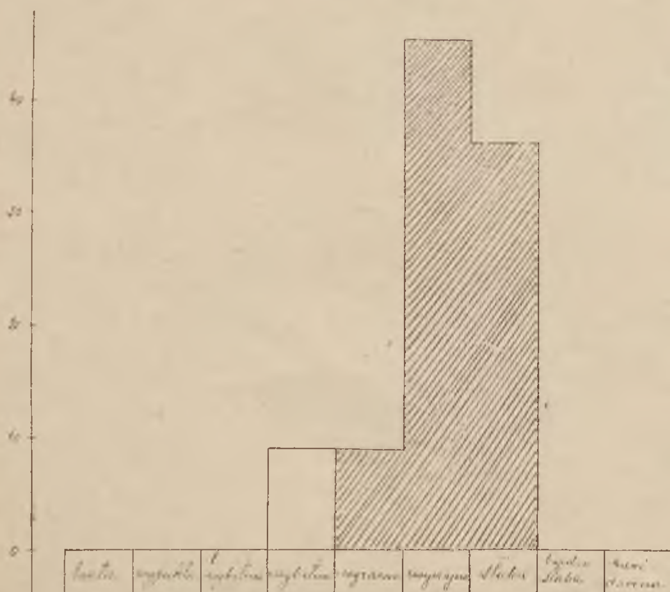
II.

Mając w r. 1914 do rozporządzenia materyał Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, a korzystając z wielkiej liczby chorych, postanowiłem poddać go badaniom w kierunku dermografii. Za podjęciem tej pracy przemawiał przedewszystkiem sam rodzaj chorych (choroby umysłowe), który budził pewne nadzieje wyniku dodatniego, wreszcie możliwość poczynienia wielkiej ilości obserwacyi, co na błąd osobniczy obserwatora wpływa zawsze bardzo łagodząco.

Chcąc o ile możności postępować jednolicie, trzymałem się stale następującego programu:

1. Drażniłem skórę zawsze na piersiach.
2. Jako narzędzia, którem drażniłem, używałem tępego końca linealu kraniometru (równocześnie robiłem pomiary antropometryczne).
3. Wynik dermografii określałem: dermografia wypukła, bardzo wybitna; wybitna, bardzo biała, biała, wyraźna, zwyczajna, słaba, bardzo słaba, niewidoczna.



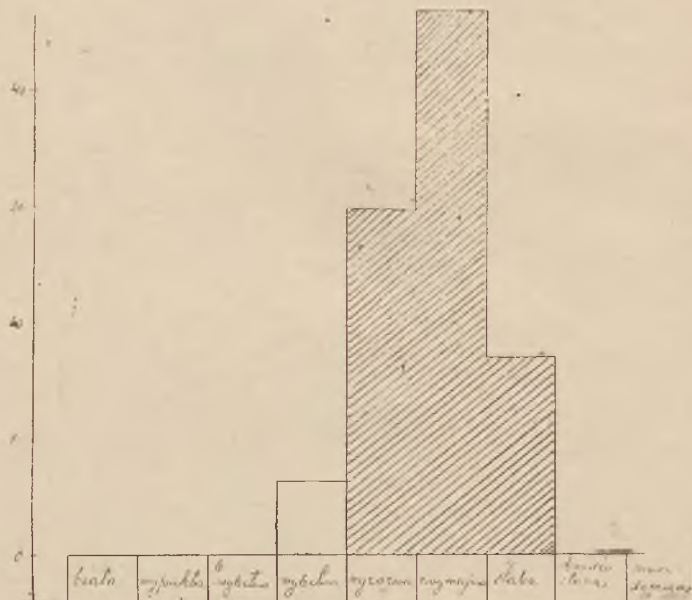


Kiedy mowa o dermografii wypukłej, bardzo wybitnej, wybitnej, wyraźnej, zwyczajnej, słabej i bardzo słabej, miałem zawsze na myśli dermografię czerwoną.

Materyał chorych, podzielony według płci, podzieliłem jeszcze na ludność tubylczą i żydów. Do przeprowadzenia tego podziału nakłonił mię znany fakt, że ludność żydowska jest niezwykle podatna do pewnych schorzeń układu nerwowego (choroba Tay-Sachsa, histerya, kurcz torsyjny).

Po przeprowadzeniu tego podziału otrzymałem cztery grupy:

katolicy	mężczyźni	671
	kobiety	265
żydzi	mężczyźni	136
	kobiety	73
	Razem	1145





Ogółem.

	Dementia praecox	Katatonia	Dementia paranoides	Hebephrenia	Psychosis man. depr.	Dementia senilis	Paralysis progressiva	Epilepsia	Imbecillitas	Idiotismus	Alcohol. chronicus	Hysteria	Degen. mentalis	Morbus Basedowi	Paranoia	
D. wypukła	4 0·5	1 1·2						1 0·8								5 0·44
D. bardzo wybitna	3 0·4															3 0·26
D. wybitna	59 7·8	9 11·1	2 6·4	1 9·0	3 6·4		4 4·4	13 10·7	3 6·5	1 7·1						83 7·25
D. bardzo biała	1 0·1															1 0·09
D. biała	20 2·6	3 3·7					1 1·1	5 4·1			1 3·3					27 2·36
D. wyraźna	156 20·7	17 20·9	7 22·5	1 9·0	14 29·8	1 5·3	20 22·2	29 23·9	9 19·6	3 21·4	9 30·0	1 11·1	3 27·3	1 100·0	2 50·0	248 21·66
D. zwyczajna	352 46·7	27 33·3	16 51·6	5 45·5	22 46·8	13 68·4	46 51·1	49 40·5	24 52·2	7 50·0	15 50·0	8 88·9	5 45·4			541 47·25
D. słaba	140 18·5	22 27·1	6 19·3	4 36·4	8 17·0	5 26·3	19 21·1	22 18·2	10 21·7	2 14·3	5 16·7		3 27·3		2 50·0	216 18·66
D. bardzo słaba	15 1·9	2 2·4						1 0·8		1 7·1						17 1·48
D. niewidoczna	3 0·4							1 0·8								4 0·35
	753	81	31	11	47	19	90	121	46	14	30	9	11	1	4	1145

Co dotyczy rozpoznań klinicznych, to, ponieważ chorych somatycznie, leczonych na infirmeryi, wyłączyłem z badania, uwzględniałem tylko rozpoznania psychiatryczne i w kilku poszczególnych przypadkach także rozpoznania neurologiczne (mb. Basedowi). Rozpoznania odpisywałem z historyi chorób. O ile w poszczególnych przypadkach rozpoznanie było kilkakrotnie nawet zmienione, to przyjmowałem ostatnie za prawdziwe. Co dotyczy otępienia wczesnego, to tylko w pewnym stosunkowo niedużym odsetku było ono zróżnicowane co do trzech zasadniczych form tego cierpienia: katatonia, hebephrenia i dementia paranoides. (Na 753 przypadki otępienia wczesnego tylko 81 było rozpoznanych, jako katatonia, 31 dementia paranoides i 11 hebephrenia). W rubryce dementia praecox (patrz tablice) umieszczałem wszystkie przypadki otępienia wczesnego, a więc tak te, które ze względu na subtelniejszą dyagnozę umieszczałem potem w rubrykach: katatonia, hebephrenia, dementia paranoides, jak i przypadki, rozpoznane z grubsza tylko jako dementia praecox.

Niektóre cierpienia w bardzo małej liczbie chorych umieściłem w tablicach tylko dla całości obrazu, nie przywiązując jednak do otrzymanych wyników żadnej wagi.

Nie jasnem jest również rozpoznanie niedostatecznego rozwoju umysłowego, umieszczonego w tablicy pod nazwą imbecillitas i idiotismus. Wiadomą jest rzeczą, że niedostateczny rozwój umysłowy, objęty przez Kraepelina zbiorową nazwą oligofrenii, nie jest jednostką kliniczną, nie jest rozpoznaniem tego rodzaju, jak porażenie postępowe lub choćby nawet otępienie wczesne (schizophrenia). Jest to tylko rozpoznanie psychologiczne tych przypadków, gdzie rozwój umysłowy został wstrzymany przez jakiekolwiek przyczyny, działające z wewnątrz lub z zewnątrz. Przyczynami, działającemi z wewnątrz, poza wadami rozwojowemi, może być cały szereg najrozmaitszych cierpień, które wystąpiły u danego osobnika przed dojściem do zupełnego rozwoju umysłowego. Rozpoznanie imbecillitas czy idiotismus nic nam nie mówi o naturze tych cierpień, któremi mogą być nietylko schorzenia układu nerwowego ośrodkowego (hydrocephalus, sclerosis tuberosa itd.), lecz także zaburzenia w przemianie materyi (rhachitis), a nawet choroby umysłowe w wieku dziecięcym. A przecież właśnie te cierpienia mogą wywierać rozmaity wpływ na powstawanie dermografii, gdy rozpoznanie głupowatości (idiotyzmu) ma znaczenie poślednie.

Przechodząc teraz do omówienia szczegółowego po dokładnem rozejrzeniu się w tablicach, pierwszą rzeczą, wpadającą w oczy, jest stosunkowo bardzo duży procent dermografii, określanej przezemnie jako dermografia zwyczajna. Przy zestawieniu ogólnem wynosi ona 47·25%. Dwie graniczne grupy stanowią dermografia wyraźna około 21·66% i dermografia słaba 18·86%, Jeżeli te trzy grupy złączymy w jedną, gdzie przejścia w jedną czy drugą stronę zawsze jednak uważać możemy tylko za fizyologiczne wahania natężenia, otrzymamy bardzo wysoki odsetek, bo 87·77% czyli przeszło $^{6}/_{7}$ wszystkich spostrzeżeń.

Dermografia wybitna stanowi zaledwie 7·25%. Jeszcze rzadsza jest dermografia biała 2·36%. Dermografię bardzo wybitną udało mi się otrzymać tylko w 3 przypadkach, co stanowi zaledwie 0·26%. Nieco częstszą była dermografia bardzo słaba 1·48%. Nie otrzymałem żadnej dermografii w 4 przypadkach, co stanowi 0·35%.

Dermografia wypukła była obecna tylko 5 razy czyli w 0·44%.

Uwzględniając równocześnie różnice narodowościowe, da się naogół zauważyć, że u mężczyzn żydów dermografia zwyczajna w odsetkach przewyższa ten rodzaj dermografii u mężczyzn katolików na niekorzyść dermografii wyraźnej i słabej. Wybitniejszych różnic niema, a o ile jakie się trafiają, to dadzą się usprawiedliwić nierównie mniejszą liczbą obserwacyi u ludności żydowskiej.

Różnice płciowe, gdzie chodzi o większą liczbę chorych, są minimalne.

Zamieszczone rysunki przedstawiają stosunek procentowy rozmaitych rodzajów dermografii przy równoczesnem uwzględnieniu rozpoznania klinicznego. Widzimy, że w każdem cierpieniu olbrzymią większość stanowi dermografia zwyczajna łącznie z wyraźną i słabą bez większych różnic przy poszczególnych rozpoznaniach. Najbardziej nas interesująca dermografia wybitna występuje stosunkowo dość równomiernie przy wszystkich cierpieniach (o ile odpowiednią liczba spostrzeżeń), nie przekraczając jednak ogółem nigdy 11·1%. Trzy tylko cierpienia zdają się być upośledzone co do dermografii, a mianowicie

otępienie starcze i przewlekły alkoholizm, gdzie jej brak zupełnie, oraz porażenie postępujące o stosunkowo małym odsetku 4·4%. Przyczyna prawdopodobnie leży w zmianach chorobowych ścian naczyniowych. Jak wiadomo, wszystkie te trzy cierpienia przebiegają ze schorzeniem naczyń.

Streszczając wszystko, możemy powiedzieć, że otrzymane przez nas wyniki nie pozwalają w żadnym razie przyznać dermografii przy dzisiejszym stanie jej badania jakiegokolwiek znaczenia rozpoznawczego w dyagnostyce chorób umysłowych. We wszystkich cierpieniach umysłowych występowała dermografia w olbrzymiej większości jako dermografia zwyczajna z fizyologicznemi wahaniami w kierunku wyraźnej i słabej. Dermografia natomiast, odbiegająca od normy, w znikomej tylko liczbie przypadków obecna, nie wykazywała wybitniejszej różnicy w żadnym kierunku dla żadnego cierpienia.

Jak już wspomniałem, wydanie sądu tego rodzaju jest tylko warunkowe i musi odnosić się tylko do dzisiejszej metody badania objawu.

Z doskonaleniem się każdej dziedziny nauk przyrodniczych związany jest moment ograniczania z czasem metod opisanych przez zastępowanie ich metodami, pozwalającemi dane zjawisko przedstawić liczbą, innemi słowy zmierzyć. Mamy termometr, perymetr, dynamometr, mamy odczyny ilościowe białka czy cukru; gdzie brak odpowiedniej metody, pozwalającej nam niejako zmierzyć dane zjawisko, tam wyniki naszych badań są niepewne i bez wartości.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Prof. J. Hirschberg: **Geschichte der Augenheilkunde.** Tom III. Rozdział 18. Polscy okuliści IX stulecia.

W swem dużem dziele p. t. »Historya okulistyki« poświęca Hirschberg jeden rozdział okulistyce polskiej. We wstępie zaznacza, że szczegółowe dane, odnoszące się do życiorysów i dzieł naukowych polskich okulistów, zawdzięcza prawie w całości Wicherkiewiczowi, z którym łączyła go blizka przyjaźń i jego też pamięci ten rozdział swego dzieła poświęca. Dzieje okulistyki polskiej przedstawione są dosyć wyczerpująco i z widoczną życzliwością. Autor omawia po kolei losy okulistyki, t. j. działalność wybitnych okulistów i rozwój okulistycznych zakładów w trzech głównych środowiskach nauki polskiej, w Warszawie, we Lwowie i Krakowie. Więcej miejsca poświęca życiorysom Wiktora Szokalskiego, Józefa Talki, Lucyana Rydla, Emanuela Macheka i Bolesława Wicherkiewicza.

W tekscie znajdujemy trzy portrety: Szokalskiego, Gepnera (starszego) i Wicherkiewicza. Historya kończy się na wspomnieniu pośmiertnem o Wicherkiewiczu, którego wielkie zasługi około podniesienia okulistyki polskiej podnosi Hirschberg w bardzo gorących wyrazach. K. W. M.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

obcy komórce, zellfremd.
zespół komórkowy, Zellverband (syncytium).
gorączka kleszczowa, Zeckenfieber.
przechowywacz, Zwischenträger (wirt).
komórka śródmiąższowa, Zwischenzelle.
treść, zawartość, ilość (n. p. białka), Gehalt.
pylica żelazista płuc, pneumokoniosis siderotica.
ziarenkowiec płucny, pneumococcus.
choroba pyłkowa, Pollenkrankheit.
nerwica serca, phrenocardia.
moczenie fosforanami (jak moczenie krwią), phosphaturia.
moczenie pentozami, pentosuria.
zadraźnienie otrzewnej, peritonismus.
gronkowica (krwi), staphylohaemia.
komórka zapylona, Staubzelle.
wznośność, Steigkraft.
znieruchomienie strzemienia, Stapesankylose.
kurcz wyprostny, Streckkrampf.
powolowy, potarczyczny, strumipriv. 13.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Prof. Dr Antoni Mars testamentem z dnia 18. grudnia 1917 legował Towarzystwu lekarzy galicyjskich sumę 3.000 (trzy tysiące koron), które mają być dołączone do funduszu Jego imienia, przeznaczonego na wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

Kraków. Ze składki na wieniec na trumnę ś. p. prof. Dr Glińskiego złożył korpus oficerski i grono urzędników c. i k. szpitala garnizonowego Nr 15, w którym ś. p. Gliński pełnił służbę wojskową, jako prosektor, kwotę 896 koron do rąk redaktora »Przeglądu lekarskiego«, a z przeznaczeniem na fundusz imienia Zmarłego.

— W Rzeszowie odbyło się 24. VIII. zebranie kolegów z Rzeszowa i okolicy dla uczczenia jubileuszu 50-letniej pracy lekarskiej Dr Anama Zagórskiego, b. oficera wojsk polskich powstańczych w r. 1863. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłała czcigodnemu Jubilatowi ze swej strony życzenia.

Warszawa. Zjazd w sprawie higieny gmin urządza Warszawskie Towarzystwo higieniczne w d. 21—23 września b. r.

Z różnych stron. Austryackie ministerstwo sanitarne weszło w życie. Ministrem został prof. Dr Horbaczewski (dotychczas minister »bez teki«). Z Galicyi mianowani zostali koncepistami ministerstwa lekarz powiatowy Dr Emil Barański i sędzia Dr Starosolski, natomiast nikt z Galicyi nie został powołany na żadne wyższe stanowisko, to jest ani szefa sekcyi (których jest 4), ani radcy sekcyjnego, ani nawet radcy ministeryalnego. Wobec tego nie trudno przewidzieć, jak będzie przez to ministerstwo traktowana Galicya.

— Rada m. Kolonii postanowiła pobudować w obwodowych, zdrowszych częściach miasta domki 2—4-pokojowe z ogródkami dla niezamożnych chorych na gruźlicę.

— W Szczecinie otwarto w r. 1915 miejski szpital dla chorych na gruźlicę, pełniący równocześnie rolę sanatoryum ludowego, oddziału szpitalnego dla gruźliczych i schroniska dla nieuleczalnych suchotników. Osiągnięto to w ten sposób, że szpital (liczący obecnie 164 łóżek) dzieli się na małe, do 25 łóżek liczące, »stacye«, umożliwiające odpowiedni podział chorych. (»Tuberkulosekorespondenz« Nr 8).

Zmarli: Dr Konstanty Karwowski, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, w 84 r. ż. W Akademii medyko-chirurgicznej warszawskiej był przez dwa lata pomocnikiem dyrektora kliniki chirurgicznej. Oprócz drobniejszych prac ogłosił »Rys zasad chirurgii wojennej« (Warszawa 1863).

Redakcya otrzymała. Stefanowski: Experimentelle Untersuchungen über degenerative und atrophische Zustände an der quergestreiften Muskulatur. Warschau 1918. — Gabryszewski: Zakopane na przełomie. Sprawozdanie lekarza klimatycznego, przedłożone komisyi klimatycznej. Zakopane 1918.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.
do L. 2418/2/I.

KONKURS

na posadę lekarza kolejowego w Samborze.

W Samborze jest do obsadzenia posada lekarza kolejowego dla okręgu Sambor, który obejmuje przestrzeń linii kolejowej Lwów-Sambor, Sianki od km 74·6—112.67 ze stacyami Sambor, Waniowice, Stary Sambor, Terszów, Spas, Busowisko i Strzyłki Topolnica wraz z personalem kolejowym tej przestrzeni podległym urzędowi ruchu w Samborze i Sekcyi konserwacyi Lwów, II.

Początkowe honoraryum wynosi rocznie 2000 K słownie dwa tysiące koron i fiakrowe 200 koron. W czasie wojny otrzymuje lekarz kolejowy odpowiedni dodatek drożyźniany i 50% podwyższenie fiakrowego.

Kandydaci muszą być poddani austryaccy i mieć dyplom doktorski uniwersytetu austryackiego. Podania wnosić należy do 15. września 1918 do Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie i dołączyć metrykę chrztu względnie urodzenia, dyplom doktorski i świadectwo lekarza naczelnego Dyrekcyi kolejowej o stanie zdrowia, specyalnie o normalnem rozpoznawaniu barw, jakoteż podać przebieg dotychczasowy życia i studyów lekarskich, jak również, czy petent ma inną stałą posadę, jakie pobiera wynagrodzenie i czy ma prawo do emerytury. Kandydaci mają także dołączyć oświadczenie, że w razie nadania im posady lekarza kolejowego, w przyszłości przyjmą stałe posady tylko za zezwoleniem c. k. Dyrekcyi kolei państwowych.

Lwów, dnia 14. sierpnia 1918. 250

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.

WYDZIAŁ KRAJOWY.
L.W. 59.879.

Lwów, 31. lipca 1918.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem Konkurs na posadę Dyrektora kraj. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie koło Krakowa.

Podania należy wnosić do Wydziału krajowego we Lwowie w terminie do dnia 30. września 1918 załączając do nich:

1) metrykę urodzenia,
2) świadectwo przynależności,
3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryacko-węgierskiej,
4) opis życia.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się pracami naukowemi na polu psychiatryi z znajomością administracyi zakładów leczniczych dla umysłowo chorych.

Z posadą powyższą złączone są następujące pobory:
1) płaca roczna 6.400 (sześć tysięcy czterysta Koron),
2) dodatek funkcyjny rocznie 1.000 (jeden tysiąc Koron),
3) prawo do wojennego dodatku drożyźnianego, wahającego się — stosownie do stosunków rodzinnych — od kwoty 1.488 K do 4.740 K rocznie,
4) prawo do dwóch datków pięcioletnich i jednego trzyletniego, każdy po 800 (ośmset) Koron rocznie,
5) prawo do bezpłatnego mieszkania w naturze wraz z oświetleniem i opałem według ustalonego deputatu w oddzielnym budynku Zakładowym. 251

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 31. sierpnia 1918 Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



DR. JAN RACZYŃSKI

PROFESOR WSZECHNICY LWOWSKIEJ

(1865—1918)

Brzaskiem zaledwie uróżowioną pedyatrę polską spotyka cios wielki. A uderza w zbyt krótkim czasie po raz już wtóry. Nieledwie rok mija od zgonu Brudzińskiego w Warszawie, gdy znowu szarą grudą cmentarnej ziemi pokryć nam przychodzi doczesne szczątki wybitnego orędownika pedyatryi polskiej. Do snu wiecznego spoczął — za życia nigdy nie strudzony — Jan Raczyński.

Urodzony w r. 1865 w Nowym Sączu, tamże kończy szkoły średnie. W zaraniu swej młodości, jako słuchacz Wydziału lekarskiego, wśród zmagań z twardym losem studenckiego życia, zawsze wsparty o własne siły, uzyskuje w r. 1889 w Krakowie stopień doktora wszech nauk lekarskich. Zrazu pracuje jako sekundaryusz w szpitalu dziecięcym im. św. Ludwika, a potem do r. 1896 jako asystent kliniki dziecięcej pod kierunkiem nestora pedyatrów polskich, prof. Macieja Jakubowskiego. W tymże czasie habilituje się w Uniwersytecie Jagiellońskim. Sędziwy profesor Jakubowski powierza Mu częściowo wykłady kliniczne wraz z kierownictwem oddziału dla niemowląt. Znajomość przedmiotu, bystrość spostrzegania i szczególniejsza zdolność udzielania praktycznych wskazówek swoim słuchaczom w swobodnym, koleżeńskim tonie, jednały Mu wielkie powodzenie. Podobnie też i samoistne kursy z zakresu najnowszych zdobyczy w nauce o chorobach dzieci, jakie prowadził dla lekarzy, cieszyły się nie mniejszą wziętością.

W r. 1902 otrzymuje nominacyę na profesora nadzwyczajnego chorób dziecięcych w Uniwersytecie krakowskim. Przez szereg lat, od r. 1893—1904, pracuje nadto jako członek redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, kładąc, jako administrator wydawnictwa, podwaliny najświetniejszego jego rozwoju. Krakowscy koledzy, oceniając należycie czystość charakteru Jego, otwartość i odwagę, z jaką był gotów każdemu wytknąć złe, a przytem uczynność i prawdziwą dobroć serca, zaszczycili Go wyborem na członka Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, którą to godność piastował od r. 1902 aż do czasu powołania Go na katedrę pedyatryi w Uniwersytecie lwowskim.

Z okresu krakowskiego pochodzi cały szereg prac, ogłoszonych drukiem bądź w »Przeglądzie lekarskim«, bądź w pismach zagranicznych. W jednej z nich o nakłuciu lędźwiowem w przewlekłem wodogłowiu, pierwszy w ogólności zaleca ten zabieg wykonywać na chorym siedzącym, przez co znacznie upraszcza technikę tego rękoczynu. W innej znów pracy, ogłoszonej w r. 1900, o gruźlicy u dzieci, opierając się na ścisłym i obfitym materyale sekcyjnym, wysnuwa śmiałe wnioski o jej częstości i drogach szerzenia. Wypowiedziane na długi czas przed dziś tak powszechnie u dzieci stosowanemi próbami tuberkulinowemi, przyniosły te wnioski cenne wyjaśnienia epidemiologiczne i zapobiegawcze w tak żywotnej a ciągle lekceważonej dotąd kwestyi.

Największego uznania, bo u obcych i przez obcych, doczekała się praca, ogłoszona w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1902 pod tytułem: »Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią«. W przeciwieństwie do panujących naówczas poglądów, bronionych głównie przez głośnego pedyatrę Biederta, stwierdził Raczyński w swych spostrzeżeniach kliniczno-pracownianych, iż przyczyną niestrawności oseskow, karmionych nawet piersią macierzystą, są nieprawidłowe fermentacye cukrów i tłuszczów pokarmowych, a dalej, że sernik, dotąd wyklinany jako »trudno strawny« składnik mleka krowego, może przecież oddać nieocenione usługi lecznicze. Jako bowiem środek, ulegający gniciu w jelitach, wywiera przeciwniczy wpływ na procesy fermentacyjne. Raczyński był też pierwszym, który wprowadził do skarbca środków odżywczych w przypadkach niestrawności oseskow dodatek sernika. Jednakowoż myśl Jego nie znalazła niestety natychmiastowego odezwu praktycznego, na jaki zasługiwała. Publikacyę przyprószył pył zapomnienia — do czasu, kiedy Finkelstein, budując na nowo od podstaw naukę o chorobach odżywiania niemowląt, przywrócił do znaczenia sernik mleka, tworząc z niego najważniejszy składnik niezrównanego pokarmu dla chorych dzieci, znanego już wszędzie jako mleko białkowe. Odtąd też często spotyka się w pracach obcych badaczy nazwisko Raczyńskiego, przy roztrząsaniach pełnych znaczenia problemów odżywiania w wieku niemowlęcym.

Pominąć wreszcie nie można wyniku badań, ostatnich z czasów krakowskich, nad etyologią czerwonki, grasującej nagminnie w Galicyi w r. 1903. Ze stolców chorych wyodrębnił wówczas Raczyński prątka Shiga-Krusego i stwierdził, iż prątek ten bywa drobnoustrojem, najczęściej wywołującym u nas czerwonkę.

W r. 1904 powołał Raczyńskiego Uniwersytet lwowski na katedrę pedyatryi, Komitet zaś szpitala dziecięcego im. św. Zofii we Lwowie zaprosił do objęcia dyrektury i prymaryatu oddziałów wewnętrznego i zakaźnego w tymże szpitalu. Pełen młodzieńczego zapału, który był zawsze cechą Jego natury, owiany wzniosłem pragnieniem, by, jak nieraz sam mawiał, dokonać czegoś prawdziwie dobrego, pospieszył Raczyński na nowy posterunek. Lecz ileż przeciwności zwaliło się naraz w poprzek gorącym Jego zamierzeniom! Z jednej strony obojętność i zupełna beztroska władz centralnych o sprawy katedry pedyatrycznej, bez której i tak z górą lat pięć obywać się musiał Wydział lekarski we Lwowie, to znów początkowa nieufność do przybysza wśród swoich, wiązały Mu ręce, rwące się do działania. Pierwsze wykłady kliniczne rozpoczyna Raczyński w salach

nader ubogo wyposażonego szpitala św. Zofii, bez wszelkich środków pomocniczych, bez przyrządów, książek ni tablic, bez krzeseł nawet dla słuchaczy. Nie szczędził jednak trudów i kosztów, wyjeżdżając raz poraz do Wiednia, by osobistem kołataniem w ministeryach wyprosić jaką skromną dotacyę na konieczne potrzeby naukowe. Coraz to nowo wypracowywane plany budowy kliniki dziecięcej odchodziły do Wiednia i wracały do oszczędnościowszej przeróbki, nie znajdując tam rzecznika sprawy krajowych potrzeb. Za taką bowiem uważać należało kwestyę kliniki dziecięcej, jeśli się zważy, że rokrocznie opuszczali mury Wszechnicy lwowskiej ukończeni lekarze, nie mający nawet sposobności wysłuchania wykładów z zakresu chorób dziecięcych! I trzeba było naprawdę mieć tyle pogodnego optymizmu i tej wiary w lepsze jutro, z jaką Raczyński szedł przez życie całe, by nie zwątpić i nie zachwiać się na drodze swego czynu. Po mozolnych wreszcie zabiegach, starannem przygotowaniu w długich z najbliższymi współpracownikami rozmowach, przystąpiono do budowy kliniki, którą też w r. 1909 otwarto. Z urządzeń jej, obmyślanych według najnowszych wymagań czasu, dumny był profesor. Białe i słoneczne sale i salki, nastrój rodzinnego domku, był jakby odbiciem pogodnej duszy Raczyńskiego. Chętnie w nich przesiadywał w późnych popołudniowych nawet godzinach, kiedy zamierał kalejdoskopowy ruch pracowitego dnia powszedniego. Z nich też wyszło kilka studyów, a ostatnie tyczyło się etyologii krzywicy.

Prócz pracy naukowej gorliwie oddawał się Raczyński działalności nauczycielskiej. W wykładzie swym przystępny i jasny, baczną zawsze zwracał uwagę, by uczeń wynosił z kliniki jak najwięcej praktycznego doświadczenia, które mógł nabyć tylko przy łóżku chorego dziecka. Dla uczniów zawsze wyrozumiały, cieszył się, gdy odpowiedzi ich stwierdzały istotny postęp i zainteresowanie przedmiotem. W stosunku do podwładnych i młodszych kolegów lekarzy, których dużo gościło w Jego klinice, uprzejmy i przyjacielski, chętnie dzielił się swem doświadczeniem i wiedzą. Dobroć Jego serca wyrażała się szczególnie w obliczu cierpienia i niedoli, kiedy się zjawiał, jako lekarz, przy cierpiącem dziecku. Sam niezwykle przywiązany ojciec, żywo wczuwał się w duszę stroskanych rodziców, umiał ich dźwignąć w zwątpieniu, ukoić w rozpaczy. Te cenne przymioty dobrego lekarza jednały mu wziętość i sławę.

A nietylko do czynności zawodowych zwężał się bieg życia Raczyńskiego. Miał szczególne umiłowanie i kult dla muzyki, której w wolnych chwilach z przejęciem się oddawał. Gościnny dom Jego, piastujący tradycyę przyjaźni Wyspiańskiego, Malczewskiego, Żeleńskich, Rydla, Kasprowicza i wielu, wielu innych twórców z parnasu polskiego, był przystanią dla intelektu i sztuk pięknych, a promieniując wysoką kulturą duchową, stanowił jakby miniaturę umysłowości Aten polskich — Krakowa.

Burza wojny, tu we wschodniej połaci kraju, najazd i długa rozłąka z ukochanemi dziećmi nie przeszły bez śladu w Jego zdrowiu. Zwolna poczęły występować objawy niedomagań mięśnia sercowego na tle miażdżycy naczyń. Przed czterema miesiącami, bawiąc u chorego, doznał udaru mózgowego, który mimo chwilowe polepszenie, powalił Go na śmiertelne łoże. Zgasł 1. sierpnia 1918 r.

Kto Go widział kilka miesięcy temu, jeszcze tak rumianego życiem i pełnego planów na dni najbliższe, temu zaiste trudno pogodzić się z myślą, że tak wcześnie przed jesienią życia odszedł człowiek zacny, o gorącem sercu, znamienity uczony o wysokiej kulturze, chluba kraju, który Go wydał.

Duch Jego i pamięć o Nim pozostanie w Jego czynach i dziełach.

Stanisław Progulski.

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski

(Dokończenie).

Zastanawiałem się nad tem, czyby i zjawiska dermografii nie można zmierzyć odpowiednim przyrządem, któryby pozwolił nam w sposób dokładny ująć zjawisko w formę matematyczną.

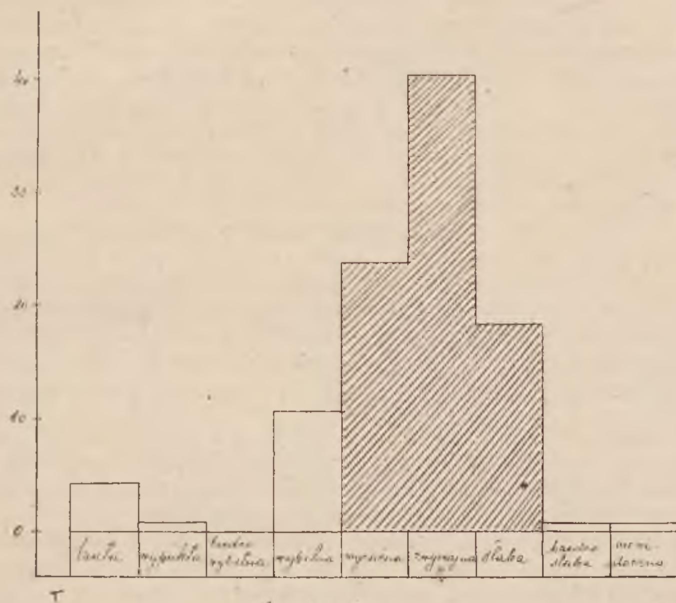
O ile mi wiadomo, to oprócz Pręgowskiego skonstruował także przyrząd do badania dermografii Günther*. Niestety nie mogłem się bliżej zapoznać z jego konstrukcyą.

Przyrząd natomiast Pręgowskiego, opisany przez niego w »Archiv für Psychiatrie« (T. XLI), składa się z sanek metalowych, na których oparte jest widełkowate wiązanie, złączone u góry prętem poprzecznym. Pręt ten równocześnie służy za oś obrotu drugiemu prętowi, który swym odpowiednio zaostrzonym końcem służy do drażnienia skóry. Trudno mi wdawać się w dokładny opis przyrządu; ciekawych odsyłam do artykułu oryginalnego.

Paralysis progressiva

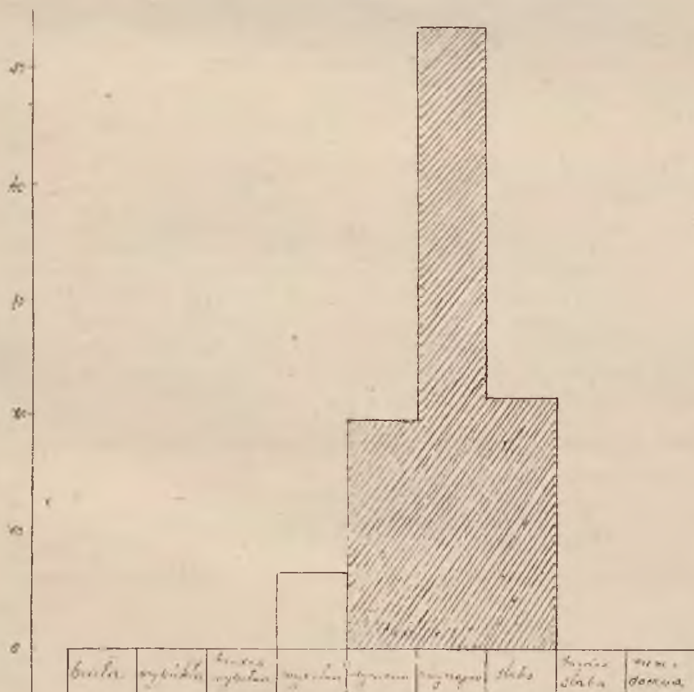
Ze swej strony ograniczę się do krytyki przyrządu. Po pierwsze ucisk, wywierany na skórę przez saneczki, nie jest w każdym przypadku identyczny, a zależny w dużej mierze od siły utwierdzającej go przepaski lub od nacisku ręki. Powtóre koniec pręcika, drażniącego powierzchnię skóry, zakreśla łuk, do którego powierzchnia skóry jest styczną, w następstwie czego nacisk wzrasta do maximum, a później znowu maleje (trudność lokalizacyi tego maximum). Po trzecie wreszcie nawet przy zastosowaniu tego przyrządu wynik musi być określony przez opis, a nie może być przedstawiony w liczbie. Aby temu ostatniemu warunkowi odpowiedzieć, postanowiłem skonstruować przyrząd, któryby równocześnie na powierzchnię skóry wywierał szereg bodźców o natężeniu coraz silniejszem. Wystąpienie lub brak smugi czerwonej lub białej uważałbym za miarę bodźca. Przyrząd, skonstruowany przezemnie, składa się z grabi, których każdy następny ząb jest nieco dłuższy od poprzedniego. Równe

położenie przyrządu na ciele (piersiach) badanego warunkują saneczki, umieszczone na obu brzegach grzebienia. W celu badania ustawiamy przyrząd w tem położeniu, by zęby stały prostopadle do skóry, a wiązanie do niej równolegle. Ujmując w dwa palce rączkę »A« przesuwamy przyrząd po skórze. Nacisk, wywarty na skórę, jest odmierzony w części wagą samego przy-

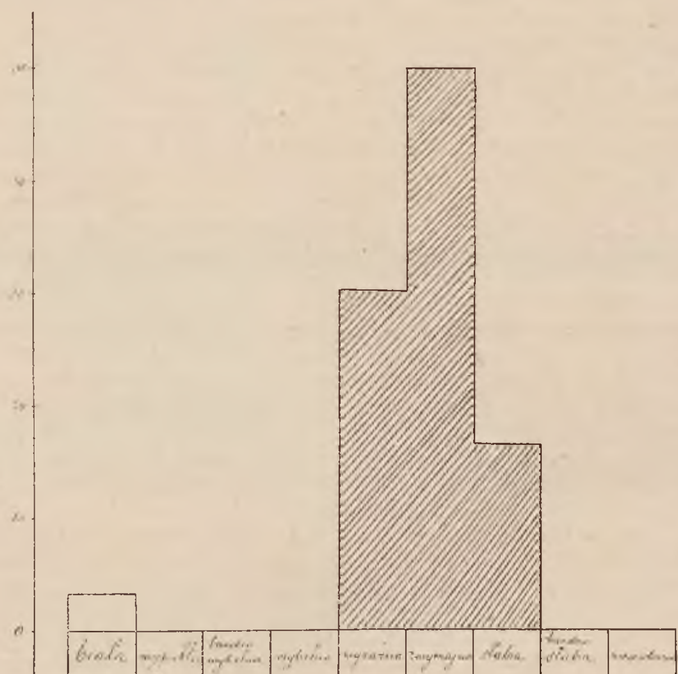


Epilepsia

rządu, a częścią wagą i położeniem kulki »c«, która ruchomo wzdłuż pręta »b« wywierać może dowolny nacisk na skórę w miejscu zetknięcia się skóry z zębami. Ponieważ zęby nie są równej długości, ale stopniowo a równomiernie wzrastają, wzrasta również nacisk, wywierany na odpowiednie miejsca skóry. Przypuśćmy n. p., że u osobnika mało pobudliwego tylko dwa zęby najdłuższe dostatecznie silnie zadrażniły skórę, by wywołać



smugę na skórze, działanie natomiast trzech innych zębów było jeszcze za słabe, to otrzymane dwie smugi będą miarą pobudliwości danego osobnika, czyli innemi słowy pobudliwość jego równała się 2. U osobnika bardziej pobudliwego otrzymamy 3 smugi, u jeszcze wrażliwszego cztery, czyli będziemy mieli pobudliwość 3 i 4. W przykładzie naszym jednak przyjmujemy w założeniu, że kulka »c« przez cały czas będzie się znajdować w jednym i tym samym punkcie, a więc i nacisk na powierzchnię skóry będzie wciąż jednakowy. Gdyby jednak zaszedł wypadek, że u bardzo mało pobudliwego osobnika nie wystąpiłaby żadna smuga, lub na odwrót u osobnika bardzo czułego odrazu wszystkie pięć smug, to w pierwszym wypadku posunęlibyśmy kulkę o pewną odległość w kierunku grabi, w drugim wypadku w kierunku rączki. Pręcik, po którym posuwa się kulka,



jest odpowiednio kalibrowany i zawiera liczby od 0 do 90. Umieszczenie w wyniku liczby, określającej nam położenie kulki, n. p. w mianowniku, dałoby nam przy równoczesnem liczbowem określeniu ilości powstałych smug po podrażnieniu wzór, który byłby liczbowem określeniem pubudliwości osobnika. Model mojego przyrządu zbudowałem symetrycznie, tak że jedne grabki zaopatrzone są w ostrzejsze, drugie w tępe ząbki.

Niemam pretensyi, by przyrząd mój rozwiązywał postawione zagadnienie w sposób bez zarzutu, uważam go tylko za schemat do konstrukcyi. Jest w nim szereg braków, które, przerabiając początkowy model, starałem się usunąć w następnym. Jakkolwiek nie mam jeszcze odpowiedniej liczby obserwacyi, poczynionych przy użyciu mojego przyrządu, by można je opublikować, muszę jednak zaznaczyć, że w szeregu prób, podejmowanych na oddziale nerwowym Szpitala powszechnego we Lwowie, zauważyłem, że przy zastosowaniu grabek ostrzejszych dermografia biała, stosunkowo bardzo rzadka ($2\cdot36^0/_0$), występowała blizko w $60^0/_0$; gdy u tych samych chorych zastosowaliśmy podrażnienie tępą stroną, występowała tylko dermografia czerwona. Prawdopodobnie bodźce gwałtowniejsze drażnią nerwy zwężające naczynia, bodźce słabsze natomiast drażnią nerwy rozszerzające naczynia. Tem możnaby sobie tłumaczyć, że zwykle dermografia biała ograniczona jest z obu stron liniami czerwonemi. Główka szpilki, jako najczęstsze narzędzie bodźcze, jest od strony, zwróconej ku skórze, łukiem, którego sam środek wywiera nacisk najsilniejszy, części zaś, leżące po bokach, coraz słabszy.

Ze szpitala powszechnego w Brzeżanach.

Wgłobienie wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr Bolesław Lecewicz,

kierownik szpitala.

Brak pod ręką literatury, pozwalającej się oprzeć na spostrzeżeniach innych autorów, ogranicza opis postaci chorobowej wgłobienia wyrostka robaczkowego do jednego przypadku.

W dniu 15. kwietnia b. r. przyprowadzono S. O., l. 7 liczącą, zamieszkałą w m. Narajowie. Matka chorej podała, iż choroba zaczęła się nagle przed 6 dniami wśród bolów brzucha, wymiotów, parcia na stolec. Stan taki utrzymywał się w ciągu następnych dni, przyczem ciepłota była prawidłowa, wypróżnień nie było.

W chwili badania dziecko niespokojne, o budowie i odżywieniu lichem, o twarzy nacechowanej cierpieniem, tętno przyspieszone. Niema zmian wybitniejszych chorobowych w płucach i sercu. Brzuch wzdęty, szczególniej w górnej części, z widocznemi napinającemi się pętlami jelit. Odgłos opukowy na brzuchu wszędzie był bębenkowy, po stronie lewej zaś tuż obok mięśnia prostego brzucha — przytłumiony. W miejscu przytłumienia obmacaniem stwierdzono guz ruchomy, wielkości dwu pięści dziecka. Rozpoznano wgłobienie jelit, zastosowano lawatywę, a wobec braku stolca przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Laparotomii dokonano w linii białej, a po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, iż dający się wymacać przez powłoki brzucha — guz był wgłobionem jelitem. Wgłobieniu uległy kiszka ślepa i przyległe jelito do światła kiszki grubej. Po odprowadzeniu jelita cienkiego i grubego okazało się, iż wgłobieniu uległ również wyrostek robaczkowy. Odprowadzenie wyrostka robaczkowego nie udawało się z powodu wyczuwalnego twardego ciała obcego wielkości ziarnka grochu, tkwiącego u nasady wyrostka. Pod kontrolą palców wyciśnięto forsownie ciało obce do kiszki ślepej, poczem odprowadzenie wyrostka robaczkowego odbyło się bez przeszkody.

Przyczyną wgłobienia wyrostka robaczkowego było, jak sądzę, ciało obce (kamień kałowy), tkwiące w wyrostku robaczkowym, które zostało wraz z błoną śluzową wpuklone do kiszki ślepej. Dalsze skurcze mięśni wyrostka i kiszki ślepej powiększyły wgłobienie. Przypadek ten wskazywałby, iż ciała obce mogą w odpowiednich warunkach spowodować wgłobienie wyrostka.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

kwasooporny, acidoresistent.
zanik spoczynkowy, Akinesieatrophie.
substancya niebarwliwa, Achromatin.
bezsoczność, achylia (n. p. gastrica).
zanikanie, zanik, marnienie, atrophia.
odwęglanie, decarbonisatio.
wnikliwość promieni, Durchstrahlungsfähigkeit.
odkrewny, krwiopochodny, drogą krwi, hämatogen.
zużywczość, Abnutzbarkeit.
cholesterzyca, (Hyper) cholesterämie.
odnowczość, odrodliwość, odtwórczość, Regenerationsfähigkeit.
krzemiennica, silicosis.
namulny, pochodzenia namulnego, osadowego, spodogen.
zeszkielecić, skeletieren.
martwica tłuszczowa (tkanki tłuszczowej), Fettgewebsnekrose, Steatonekrose.
nadnerczak, struma suprarenalis.
udrożnić, rekanalisieren. 14.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe d. 1. marca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 26.

I. Kol. Nowicki przedstawia szereg **preparatów krwi** z przypadków **zimnicy trzeciaczkowej i podzwrotnikowej**. Dla objaśnienia różnych postaci rozwojowych pasorzyta zimnicy przedstawia w krótkości rozwój jego na odpowiednich tablicach, przyczem podnosi morfologiczne różnice między pasorzytem trzeciaczki, czwartaczki i zimnicy podzwrotnikowej; dalej zwraca uwagę na trudności w stwierdzeniu pasorzyta w przypadkach zimnicy przewlekłej, przyczem mówi o sposobie badania krwi w grubej kropli i o sposobie Stäubli-Heglera ze stosowaniem kwasu octowego w badaniu większej ilości krwi. W praktycznem stosowaniu przyznaje na podstawie porównawczych badań większą wartość pierwszemu sposobowi. Nie bez wartości są sposoby prowokacyjne dla wykazania pasorzyta zimniczego, szczególnie w klinicznie niejasnych przypadkach (wstrzykiwania mleka i in.). Prelegent mówi o dodatnich wynikach usiłowań Bassa wyhodowania pasorzyta zimnicy na pożywce, złożonej z ciałek czerwonych chorego i dekstrozy, a potwierdzonych przez Ziemanna i Pitschuagina. Nie bez znaczenia jest stwierdzenie przez niektórych autorów w ostatnich czasach omawianego pasorzyta u ludzi bez jakichkolwiek przedtem i obecnie objawów chorobowych, a więc roznosicieli. W końcu podnosi N. niebezpieczeństwo rozwleczenia zimnicy także wśród ludności cywilnej, i to szczególnie w chwili rozpoczęcia demobilizacyi.

W dyskusyi 1) kol. Jurasz zapytuje prelegenta, czy istnieje osobna forma plasmodyum zimnicy codziennej (febris quotidiana). — 2) Kol. Rencki zaznacza, że zimnica codzienna jest zależna od kilku generacyi plasmodyum n. p. trzeciaczki. Omawia następnie obrazy mikroskopowe oraz znaczenie »grubej kropli« i prowokacyi. — 3) Kol. Hornowski zaznacza, że metoda grubej kropli, używana już w r. 1903, jest pomysłem francuskim, a nie niemieckim. — 4) Kol. Nowicki w odpowiedzi kol. Juraszowi co do różnego okresowego przebiegu zimnicy zwraca uwagę na mieszane zakażenie, najczęściej pasorzyta trzeciaczki i zimnicy podzwrotnikowej, spostrzegane w obecnej wojnie także i przez prelegenta, dalej na różne generacye pasorzyta, jakoteż na pewne biologiczne różnice w zachowaniu się samego pasorzyta, zależne najprawdopodobniej od osobnika zakażonego, a także, zdaniem Plehna, od samego komara (warunki żywienia, klimatyczne i t. p.).

II. Kol. Rencki wnosi, by Towarzystwo wybrało komisyę, któraby udała się do Prezydyum miasta z przedstawieniem, by powracających jeńców nie umieszczać w mieście, ale poza miastem.

W dyskusyi kol. Halban zaznacza, że nawet komenda II armii jest przeciwna umieszczaniu powracających jeńców w obrębie miasta, a Magistrat czyni również wszelkie starania, by miasto od tego uchronić. Wniosek kol. Renckiego uzupełnia tem, że należy żądać dla powracających z kwarantanny, zmiany odzieży, oraz kontroli zakładów oczyszczających.

Wniosek przyjęto.

III. Kol. Aleksiewicz omówił **leczenie gruźlicy kręgów szyjnych** (malum Potti) metodą ortopedyczną oraz przedstawił sposób zakładania opatrunków gipsowych metodą Calota

Wiadomości bieżące.

Z konkursu, ogłoszonego przez Wydział krajowy, dowiedziały się koła lekarskie niespodziewanie o zmianie, mającej nastąpić w kierownictwie krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie. O przyczynach i sposobie tej zmiany rozchodzą się wieści, niemal niepodobne do wiary, a stawiające w dziwnem świetle Wydział krajowy. W interesie rzeczy publicznej wymaga cała ta sprawa wyjaśnienia.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.
do L 2418/2/I

KONKURS

na posadę lekarza kolejowego w Samborze.

W Samborze jest do obsadzenia posada lekarza kolejowego dla okręgu Sambor, który obejmuje przestrzeń linii kolejowej Lwów-Sambor, Sianki od km 74.6—112.67 ze stacyami Sambor, Waniowice, Stary Sambor, Terszów, Spas, Busowisko i Strzyłki Topolnica wraz z personalem kolejowym tej przestrzeni podległym urzędowi ruchu w Samborze i Sekcyi konserwacyi Lwów, II.

Początkowe honoraryum wynosi rocznie 2000 K słownie dwa tysiące koron i fiakrowe 200 koron. W czasie wojny otrzymuje lekarz kolejowy odpowiedni dodatek drożyźniany i 50% podwyższenie fiakrowego.

Kandydaci muszą być poddani austryaccy i mieć dyplom doktorski uniwersytetu austryackiego. Podania wnosić należy do 15. września 1918 do Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie i dołączyć metrykę chrztu względnie urodzenia, dyplom doktorski i świadectwo lekarza naczelnego Dyrekcyi kolejowej o stanie zdrowia, specyalnie o normalnem rozpoznawaniu barw, jakoteż podać przebieg dotychczasowy życia i studyów lekarskich, jak również, czy petent ma inną stałą posadę, jakie pobiera wynagrodzenie i czy ma prawo do emerytury. Kandydaci mają także dołączyć oświadczenie, że w razie nadania im posady lekarza kolejowego, w przyszłości przyjmą stałe posady tylko za zezwoleniem c. k. Dyrekcyi kolei państwowych.

Lwów, dnia 14. sierpnia 1918. 250

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 7. września 1918 Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15. w Krakowie.

Bąblowiec nerki.

Podał *)

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

Bąblowiec nerki należy do rzadkich spraw chorobowych, a jakkolwiek piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, jest dosyć obfite, budzą te przypadki zawsze żywe zainteresowanie. Powodem tego są przedewszystkiem trudności rozpoznawcze. Pewne rozpoznanie bąblowca nerki przed zabiegiem operacyjnym jest nieraz bardzo trudne. Trudność leży w tem, że bąblowiec mały lub średnich rozmiarów może nie dawać całkiem żadnych objawów klinicznych, albo też objawy są tak nieznaczne, że nie mogą stanowić podstawy do rozpoznania. Bąblowiec dużych rozmiarów, dostępny fizycznemu badaniu, ma cechy podobne do innych torbieli nerki lub nawet torbieli innych sąsiednich narządów. Pomijając trudności, jakie się nastręczają, ażeby powiedzieć, że stwierdzona torbiel należy do nerki, a nie n. p. do wątroby, śledziony, trzustki, sieci lub jajników, rozpoznanie bąblowca nerki jest tylko wtedy pewne, jeżeli z moczem wydzielane bywają pęcherze pochodne, a i w tym przypadku dopiero wówczas o bąblowcu nerki mówić można — jak to słusznie Wagner zauważa — jeżeli temu odchodzeniu pęcherzy towarzyszy typowa kolka nerkowa i gdy po ich odejściu wyczuwana torbiel nerki zmniejsza się. Ten objaw odchodzenia pęcherzy pochodnych z moczem spotyka się dosyć często, wedle różnych statystyk około 75%. Odchodzenie pęcherzy pochodnych może się odbyć raz jeden, lub też może się kilkakrotnie powtórzyć.

Pewnym sposobem rozpoznawania bąblowca nerki jest nacięcie torbieli lub nakłucie i wydobycie jej treści w celu zbadania drobnowidowego co do czerwiochów (scolices) lub pojedynczych haczyków. Te metody badania dozwolone są jednak tylko podczas zabiegu operacyjnego; przez powłoki brzuszne wykonane, nie są pozbawione niebezpieczeństwa i dlatego możnaby się uciec do nich tylko w bardzo korzystnych i wyjątkowych warunkach

Cystoskopia, w szczęśliwej wykonana chwili, mogłaby dużo przyczynić się do rozwiązania zagadnienia, jednakowoż trzebaby trafić na chwilę przechodzenia pęcherzy z ujścia moczowodu do pęcherza. Prób w tym kierunku nie brakło; pierwszy Manasse miał sposobność dostrzegać w cystoskopie przypadek bąblowca prawej nerki w okresie wydalania pęcherzy. Samego przechodzenia jednak pęcherzy przez ujście moczowodu nie widział, stwierdził tylko zmiany na ujściu moczowodu, spowodowane przechodzeniem tych tworów; ujście moczowodu było rozszerzone do rozmiarów palca, skurcze tego moczowodu były leniwe i przedłużone. Kiedy następnie drogą operacyjną usunięto bąblowca nerki, ujście moczowodu w krótkim czasie wyglądało prawidłowo.

Badanie promieniami Röntgena nie daje zwykle przy bąblowcu nerki dodatniego wyniku; spotyka się gdzieniegdzie w piśmiennictwie doniesienia o mniej lub więcej udałych radiogramach, lecz tylko przy obecności złogów wapniowych w torebce bąblowca można otrzymać wyraźne obrazy guza, jeżeli zaś zwapnień niema, to obrazy rentgenowskie nie uprawniają do żadnych wniosków.

Leczenie bąblowca nerki może być tylko chirurgiczne. Na samowyleczenie przez odejście pęcherzy z moczem nie można liczyć, a Wagner radzi bardzo ostrożnie oceniać przypadki takiego samowyleczenia, gdyż wiadomo, że chorzy tacy po długich latach zupełnego spokoju i braku objawów chorobowych znowu zaczynają oddawać pęcherze z moczem; pochodzi to stąd, że bąblowiec nerki rozwija się czasem bardzo powoli i znane są przypadki trwania bąblowca ponad 20 lat.

Sprawa chirurgicznego leczenia bąblowca nerki nie jest zupełnie ustalona. Dawniej chętnie nerkę zajętą bąblowcem usuwano doszczętnie (nephrectomia); dzisiaj więcej zwolenników ma metoda wszycia torbieli w powłoki skórne, przecięcia i powolnego usuwania pęcherzy pochodnych aż do zupełnego opróżnienia torbieli i zrośnięcia się jej ścian. Autorowie, którzy są zwolennikami nacięcia i wszywania torbieli, uzasadniają to w ten sposób, że po wycięciu nerki śmiertelność wynosi przeszło 30%, natomiast przy nacięciu torbieli śmiertelności całkiem niema; dalej podnoszą, że ponieważ bąblowiec usadawia się zazwyczaj w miąższu nerki, a następnie rozrasta się odśrodkowo, a nie w kierunku miąższu, więc miąższ nerki bywa zupełnie sprawny i przez wycięcie nerki usuwa się narząd, który mógłby jeszcze dla ustroju być użyteczny. Jest to twierdzenie zupełnie słuszne i w przypadkach, w których badanie czynnościowe nerki, dotkniętej bąblowcem, wykaże dobrą sprawność nerki, najwłaściwszą drogą będzie nacięcie torbieli, przyczem zależnie od stosunków topograficznych i drogi, jaką się do torbieli dostaje, można operować jednoczasowo lub dwuczasowo. Ten sposób operowania musi być zasadniczo stosowany w przypadkach obustronnego zajęcia nerek bąblowcem, które się jednak bardzo rzadko trafiają; zwyczajnie usadawia się bąblowiec w jednej tylko nerce.

Kümmel i Rasumowsky wyłuszczali bąblowca nerki z częściową resekcyą nerki; metoda ta nadaje się w takich przypadkach, w których bąblowiec rozwija się w obrębie jednego z biegunów nerki i nie dochodzi do miedniczki.

Pomimo ujemnych stron, jakie przedstawia doszczętne wycięcie nerki, zabieg ten będzie wskazany tam, gdzie guz jest dużych rozmiarów, a badanie czynnościowe nerek wykaże, że zajęta bąblowcem nerka jest czynnościowo bezwartościowa, przy równoczesnej dobrej czynności drugiej nerki. Jeżeli w takim przypadku okaże się podczas zabiegu operacyjnego, że miąższ nerki jest bardzo uciśnięty i zanikły, wycięcie nerki jest zabiegiem najwłaściwszym. Skraca się przez to czas gojenia, oszczędza choremu kilkomiesięcznego nieraz leczenia i nie pozostawia w ustroju bezwartościowego narządu i zbliznowaciałego worka. Warunkiem jednak nieodzownym dla tego zabiegu jest dobra sprawność czynnościowa drugiej nerki. Ryzyka przy tem niema większego, niż przy każdej zresztą operacyi, gdyż wobec powolnego zwykle wzrostu bąblowca ma druga nerka dosyć czasu na powolne objęcie czynności zastępczej.

Na oddziale urologiczno-chirurgicznym szpitala garnizonowego w Krakowie miałem sposobność spostrzegać przypadek bąblowca prawej nerki, który następnie operowałem, a który w pewnych szczegółach jest bardzo pouczający.

Wasylij M., lat 37, żołnierz rosyjski, pochodzi z gub. Penzeńskiej. Do niewoli wzięty w lipcu 1915 r. pod Łukowem. Przyjęty na oddział urologiczny 23. IX. 1917.

Wywiady: Dziedzicznie nie obciążony; nie przebywał chorób wenerycznych. Obecna choroba rozpoczęła się 27. sierpnia

*) Artykuł z powodu braku miejsca został skrócony.

1917 bólami w prawem podżebrzu; bóle te były z początku nieduże, później powoli coraz częstsze. Ostatnimi czasy bóle te znowu zwolniały, natomiast doznawał chory stałego uczucia ciężkości i gniecenia w prawem podżebrzu. Dolegliwości moczowych niema, krwi w moczu chory nigdy nie zauważył. Chory twierdzi, że od wystąpienia bólów znacznie wychudł, pomimo, że sen i apetyt są dobre.

Po wzięciu do niewoli odesłano chorego natychmiast do Iwangrodu do obozu jeńców »Irena« i przydzielono do pracy przy kuchni. Pomimo, że pożywienie żołnierzy było dostateczne i według przepisów dostarczane, zauważył chory, że żołnierze gotowali sobie mięso psie i kocie, przyrządzając je w różny sposób. Mięso psie spożywał chory niejednokrotnie. Chory nie może podać, czy który inny uczestnik owych uczt chorował wśród podobnych objawów. U siebie w domu chory nigdy psa nie chował, również nie było psa w domu jego rodziców i wogóle nie był nigdy dawniej w bliższej styczności z psem.

Badanie przedmiotowe: Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze odżywiony, silnie zbudowany. Serce i płuca zdrowe. Oglądaniem stwierdza się z pod prawego łuku żebrowego wychodzące wypuklenie powłok brzusznych. Przy oddychaniu obniża się to wypuklenie ku dołowi i wyraźnie widać, że leżący pod powłokami guz wykonuje ruchy, równoczesne z przeponą. Obmacaniem stwierdza się guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z pod prawego podżebrza; guz ten jest twardy, a powierzchnia jego jest nierówna; ku dołowi sięga guz do linii pępkowej, a na wewnątrz do linii środkowej ciała. Badaniem dwuręcznem stwierdza się wielką ruchomość guza. Przez ucisk ręką na prawą okolicę lędźwiową daje się guz z łatwością przesunąć ku przodowi brzucha; gdy ręka od powłok brzusznych uciska na guz, występuje wyraźne wypuklenie w okolicy lędźwiowej prawej. W miejscu, gdzie linia pachowa przednia przecina guz, daje się stwierdzić wyraźne chełbotanie. Zresztą badanie brzucha z wynikiem ujemnym.

Badanie moczu: Barwa słomkowo żółta, oddziaływanie słabo kwaśne, ciężar gatunkowy 1·014, śladzik białka, cukru i kwasu acetooctowego niema, urobilinogen prawidłowy, barwików żółciowych niema, chlorki prawidłowe. Osad: nieliczne wałeczki drobnoziarniste, nieliczne ciałka czerwone krwi wyługowane, bardzo nieliczne leukocyty i komórki nabłonka płaskiego.

Odczyn Wassermanna ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie prawej nerki nie wykazuje nic szczególnego.

Cystoskopia: Wypełnienie pęcherza 200 cm^3. Błona śluzowa pęcherza przedstawia się wszędzie prawidłowo. Ujścia obu moczowodów nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Wstrzyknięty indygokarmin wydziela się z lewej nerki po sześciu minutach bardzo obficie i często; nerka ta pracuje ciągle bardzo wydatnie. Nerka prawa nie wydziela barwika nawet po dwudziestu minutach, a ujście prawego moczowodu wykonuje bardzo nieznaczne i rzadko występujące ruchy.

W przeciągu 45-dniowego spostrzegania na oddziale stwierdzono, że guz w ciągu tego czasu nie powiększył się. Chory nigdy nie gorączkował, miał dobry apetyt i sen. Ubytek wagi ciała i bladość powłok w czasie tego spostrzegania nieznacznie postąpiły.

Rozpoznanie brzmiało: Cystis renis dextri probabiliter echinococcus renis.

Dnia 22. III. 1918 r. wykonałem operacyę. Uśpienie eterowe, po poprzedniem wstrzyknięciu 1 centygrama morfiny. Cięcie lędźwiowe skośne, długości 25 cm. Po przecięciu mięśni i tępem odpreparowaniu tkanki pozanerkowej wyłonił się guz torbielowaty, wychodzący z prawej nerki, wielkości głowy dziecka. Topograficznie leżała nerka w prawidłowem położeniu, a guz rozrastał się ku górze, ku przodowi i ku dołowi od wnęki. Sama nerka przedstawiała się rozciągnięta i bardzo spłaszczona, niejako rozpostarta na guzie. Guz wyłuszczyłem na tępo z łatwością, podwiązując tylko nieliczne zrosty na górnym biegunie. Naczynia krwionośne wnęki okazały się bardzo zcieńczałe, moczowód był prawidłowych rozmiarów; po osobnem podwiązaniu tętnicy, żyły i moczowodu, usunąłem guz. Powłoki zeszyłem warstwami z pozostawieniem grubego drenu.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Stopa moczenia wynosiła na drugi dzień po operacyi 1050 cm^3 moczu i dosięgła w szóstym dniu po operacyi 2350 cm^3. Mocz miał skład prawidłowy. Ciepłota ciała podniosła się na drugi dzień po operacyi do 37·6° C, następnie opadła i nie przekroczyła już nigdy 36·7° C. Również i tętno zachowywało się przez cały czas prawidłowo. Po 5 dniach usunąłem dren, a po 10 dniach wszystkie szwy. Rana zagoiła się doraźnie a 12. dnia chory zaczął chodzić. Badanie chorego, wykonane po 3 tygodniach od operacyi, wykazało znaczny przyrost na wadze ciała, znakomite wyglądanie i brak wszelkich dolegliwości.

Badanie anatomiczne i mikroskopowe wyciętej nerki (Prof. Dr Gliński) wykazało, co następuje: Guz długości 17 cm, szerokości 13 cm, wysokości 11 cm. W górnej i po prawej stronie guza zauważa się silnie rozciągniętą powiększoną nerkę, której miąższ bez wyraźnej granicy przechodzi w torbiel wielkości głowy dziecka, o ścianach miejscami przeświecających. Po nacięciu torbieli wydobywają się z niej liczne pęcherze bąblowca. Na tylnej ścianie guza znajduje się wnęka nerki; wnęka ta jest również odpowiednio do kształtów nerki rozciągnięta, zawiera znaczną ilość tkanki tłuszczowej; miedniczka nierozszerzona, jej błona śluzowa nielicznemi wybroczynkami tu i ówdzie upstrzona, zresztą blada. Kieliszki nerkowe odpowiednio do wydłużenia nerki porozciągane. Od miedniczki odchodzący moczowód i biegnący po tylnej ścianie guza jest zupełnie dobrze drożny.

Przy badaniu mikroskopowem wycinka z pogranicza nerki i bąblowca stwierdzono: Bąblowiec jest od zewnątrz otoczony przez zbitą tkankę włóknistą, wśród której tylko gdzieniegdzie zauważa się drobne gniazdka drobnych komórek okrągłych, obok tego zaś w warstwach głębszych bardzo nieliczne, ku obwodowi coraz liczniejsze, wyraźnie rozpłaszczone cewki nerkowe, zapełnione wałeczkami szklistymi. Ku obwodowi ilość tkanki łącznej coraz bardziej się zmniejsza, przybywa coraz więcej cewek nerkowych wypełnionych wałeczkami, aż w końcu ta włóknista otoczka bąblowca bez wyraźnej granicy przechodzi w sąsiedni włóknisto niezmieniony miąższ nerki; lecz i w tej części jeszcze w odległości około 1 cm od bąblowca wyraźne są ślady ugniecenia miąższu nerkowego.

W przypadku powyższym pouczające są przedewszystkiem niektóre szczegóły we wywiadach. I tak z niejaką ścisłością możemy przyjąć, że termin dwu lat był przeciągiem czasu, wśród którego bąblowiec tak się rozwinął, iż zaczął choremu sprawiać dolegliwości i stał się dostępny badaniu; czyli, że potrzeba było dwu lat, ażeby bąblowiec z jaja, usadowionego w nerce, rozwinął się w guz wielkości głowy dziecka. Zakażenie jajami bąblowca nastąpiło niewątpliwie w r. 1915, kiedy chory spożywał mięso psie, gdyż szczegółowe wywiady wykazały, że przedtem nigdy żadnej styczności z psami nie miał. Także i sposób zakażenia przez jedzenie psiego mięsa jest niezwykły. Ponieważ tasiemiec bąblowcowy zamieszkuje przewód pokarmowy psa, należy przyjąć, że przy usuwaniu trzew z psa nastąpiło u chorego zawalanie rąk treścią przewodu pokarmowego, a następnie z rąk dostały się jaja tasiemca do ust i żołądka chorego, albo też treścią przewodu pokarmowego psa zostało zawalane mięso, a jaja, przez niedostateczne gotowanie nie zabite, zostały w stanie zdolnym do rozwoju spożyte.

I w moim przypadku, jak to zresztą naogół wszyscy stwierdzają, nie ucierpiał stan odżywienia chorego, pomimo długiego trwania choroby i wielkości guza. Wprawdzie chory utrzymywał, że miał wychudnąć, lecz przedmiotowe badanie stwierdziło dobrze utrzymaną podściółkę tłuszczową. Dolegliwości podmiotowe nie miały w sobie nic znamiennego; były to objawy ucisku ze strony dużego guza na narządy jamy brzusznej. Badanie fizyczne dozwalało w tym przypadku na pewno rozpoznawać torbiel, przynależną do prawej nerki; naprzód usadowienie guza odpowiadało nerce, dalej badanie dwuręczne dozwalało swobodnie przesuwać guz ku okolicy lędźwiowej, a przy ucisku na okolicę lędźwiową ku przodowi; za torbielą przemawiało wyraźne chełbotanie. Ten szczegół, że w moczu nie było barwików żółciowych, dowodził, że guz nie pochodził z wątroby.

Szczególnie cennych szczegółów dostarczyła cystoskopia. W pierwszym rzędzie dowiodła ona, że prawa nerka nie tylko na barwik nie oddziałała, ale że ona wogóle bardzo mało wydziela; w drugim rzędzie dowiodła cystoskopia, że lewa nerka rozpoczęła po 6 minutach bardzo obficie wydzielać indygo-karmin i że porcye wydzielanego moczu były bardzo obfite i często po sobie następowały. Z badania tego można było wysnuć wniosek, że prawa nerka zawiesiła swoją czynność, a lewa spotęgowała swoją czynność zastępczo.

Znalezione w moczu białko i wałeczki pochodziły z prawej nerki, a potwierdzał to przypuszczenie fakt, że w kilka dni po operacyi badany mocz nie zawierał ani białka ani wałeczków.

Zdjęcie radiograficzne było zupełnie ujemne.

Jak to najczęściej przy bąblowcu nerki bywa, tak i w tym przypadku nie można się było posunąć poza rozpoznanie torbieli nerki; bąblowca można było tylko przypuszczać. To tylko było pewne, że prawa nerka była bardzo uszkodzona i prawie utraciła czynność wydzielniczą, a nerka lewa okazywała cechy

wzmożonej czynności. Te szczegóły skłoniły mnie do wykonania wycięcia nerki, która, bez względu na sprawę chorobową w niej się toczącą, stała się dla ustroju pod względem czynnościowym bezwartościową.

Przebieg pooperacyjny i badanie anatomiczne i drobnowidowe wyciętej nerki potwierdziły moje przypuszczenia. Stopa moczenia była od pierwszej doby pooperacyjnej duża, a skład moczu prawidłowy. Badanie drobnowidowe miąższu nerki stwierdziło cechy zmian uciskowych, a tylko cienki pasek miąższu na samym obwodzie nerki przedstawiał się prawidłowo.

Piśmiennictwo. 1) Wagner: w Handb. d. Urologie. Frisch u. Zuckerkandl. Wien, 1905. — 2) Casper: Lehrbuch d. Urologie. Berlin—Wien, 1903. 3) — Rotschild, A: Lehrbuch d. Urologie. Leipzig, 1911. — 4) Wagner: Centr. f. d. Kr. d. Harn. u. Sex. Bd. V. 1894. — 5) Manasse, L.: Tamże. Bd. IX. 1898. — 6) Baradulin: Monatsber. f. Urol. Bd. XI. — 7) Knie, A.: St. Petersb. m. W. 1888. — 8) Fairbank: Lancet. 1890. — 9) Zimmermann, A.: W. kl. W. 1904. Nr. 2. — 10) Bogoliubow, A.: Russ. Arch. f. Chir. Bd. 13. — 11) Balás, D.: D. m. W. 1908. Nr. 30. — 12) Alhaique: La Clinica chir. 1912. — 13) Treuberg: St. Petersb. m. W. 1896. — 14) Lewkowicz: Klin. ther. W. 1898. — 15) Serapin: Med. obozr. 1898. — 16) Stein, C.: W. kl. W. 1900.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe d. 8 marca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 38.

I. Prof. Rencki przedstawia i omawia:

1) Dwa przypadki **obrzęku śluzowatego** (myxoedema adultorum).

a) A. R. l. 38. 6 porodów, ostatnie 4 ze znacznym krwotokiem, ostatnie 2 dzieci nie karmiła — od 4 lat nie miesiączkuje. Od 2 lat osłabienie, apatya, obrzęk na twarzy i kończynach. Typowe zmiany na skórze, troficzne zmiany na włosach i paznokciach, gruczoł tarczowy nie wybadalny, apatya, senność, zupełne otępienie, od czasu do czasu omamy i gwałtowne podniecenie. Krew: c. cz. 4·25 mil. c. b. 6700, hgb 50%, n. 30·75% l. m. 40·05%, m. 6·15%, eoz. **20·10%**, t. 2·85%; mocz bez białka; po podaniu 120 gr cukru gronowego i równoczesnem wstrzyknięciu 1·50 adrenaliny nie pojawił się cukier w moczu.

b) R. R. l. 45. 2 porody, ostatni przed 15 laty, od 2 lat nie miesiączkuje, od 1½ roku osłabienie ogólne, bóle i obrzęk na twarzy i kończynach. Przypadek typowy: krew: c. cz. 4·45 m., c. b. 7600, hgb 75%, n. 50·5%, l. 36·5, m. 7·25%, eoz. 5·25%, t. 0·5%. Kilkutygodniowe podawanie chorej pastylek gruczołu tarczowego odniosło bardzo dobry wynik.

W dyskusyi zwraca kol. Demianowski uwagę na zaburzenia umysłowe przy obrzęku śluzowatym. Dadzą się one podzielić na dwie kategorye: jedne, są to stany psychiczne, towarzyszące sprawie obrzęku w każdym prawie przypadku, a niekwalifikujące się jeszcze pod nazwę choroby umysłowej, tak zwanej przez Pilcza »myxoedematöser Geisteszustand«, oraz występujące rzadziej, tylko w pewnym odsetku cierpienia, mające już charakter choroby umysłowej. Co się tyczy pierwszych, to charakteryzują się one zwolnieniem i utrudnieniem procesów psychicznych i psychomotorycznych przy zachowanej świadomości (zewnętrzne podobieństwo do zadumy). Uwaga mimowolna wybitnie zaburzona, natomiast dowolna dobra. Ogólne zwolnienie procesów psychicznych nie w równej mierze odnosi się do całej psychiki, ale dotyczy prawie wyłącznie elementu odśrodkowego, a więc walki motywów, powzięcia zamiaru, a największej przemiany zamiaru w czyn. Pierwiastek uczuciowy odpowiada zupełnie sytuacyi. Często niezadowolenie z otoczenia, zrzędność

i drażliwość. Drugie, t. j. choroby umysłowe, trafiają się w 15% przypadków i nie charakteryzują się jednolitym obrazem. Wagner dzieli je na cztery obrazy kliniczne: 1) zaostrzenie tylko i powiększenie objawów, opisanych powyżej, które wikłają się powstawaniem urojeń prześladowczych; ostatecznie otępienie; 2) stan, gdzie omamy przeważają, zawsze jednak o charakterze prześladowczym (brak jednak systemu); 3) obraz maniakalny (impulzywność); 4) obraz melancholiczny.

2) Następnie przedstawia kol. Rencki przypadek **choroby Addisona na tle kiły nadnercza,** wywołującej obniżenie czynności układu chromochłonnego.

P. B. l. 40, wdowa, przyjęta do szpitala 9. XI. 1917; nie rodziła, nie roniła; miesiączkowała dawniej prawidłowo; przed $2^1/_2$ r. przebyła cholerę, a przed 2 laty dur brzuszny; przebycie kiły przeczy. Od kilku miesięcy osłabienie, od 4 miesięcy nie miesiączkuje, wychudła, poczerniała, a od $1^1/_2$ miesiąca leży, podnieść się nie może, popada w omdlenie, doznaje bolów głowy i w krzyżach; brak zupełny łaknienia; stolec regularny. Stan bezgorączkowy, chora o własnych siłach w łóżku obracać się nie może, musi być stale przez służbę karmiona. Wybitne typowe zabarwienie skóry, rozległe plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ustnej i języku; lekkie przytłumienie w szczytach, obniżenie i mniejsza ruchomość dolnych granic płuc, szmery pęcherzykowe. Stłumienie sercowe do linii sutkowej, nad końcem serca i nad tętnicą główną skurczowy podmuch, II ton nad t. główną lekko zaostrzony, tętno 84, bardzo małe, miękkie, choć ściana tętnicy sprychowej jest nieco twardsza. R. R. 65—70. Wątroba, śledziona nie powiększone, na kończynach niema obrzęków. Odruchy kolanowe prawidłowe. Niedokształt narządów płciowych. Mocz bez białka, chlorki prawidłowe, odczyn dwuazowy ujemny. Krew: c. cz. 1870000, c. b. 9000, hgb. 25%, n. 69·5%, l. 22%, m. 4%, eoz. 5·5%. Odczyn Wassermanna dodatni (++++). Badanie promieniami Roentgena wykazuje lekkie ściemnienie szczytów płucnych, wymiar poprzeczny serca w kierunku lewym o 1·5 cm większy; cień tętnicy głównej wybitniej występuje. Po 3-miesięcznym pobycie w szpitalu wśród leczenia przeciwkiłowego (44 wcierania szaruchy po 3 gr i 6 wstrzyknięć neosalwarsanu łącznie 2·1 gr.) znakomita poprawa; stan sił chorej dobry, ustąpiły doszczętnie plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ustnej i język aoraz ciemne zabarwienie skóry; tętno dość dobrze napięte 72—80, R. R. 125—130, a krew: c. cz 3690000, c. b. 7400, hgb. 50%, n. 58·5%, l. 26%, m. 10%, eoz. 5·5%. 8 marca 1918 po podaniu chorej 100 gr cukru gronowego i równoczesnem wstrzyknięciu 0·5 gr adrenaliny nie wykazano w moczu obecności cukru.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne urządza w d. 21—23 września w Warszawie Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi. Prezesem komitetu Zjazdu jest Dr. J. Polak.

Redakcya otrzymała: Janowski: 1) Nerwobole w ścianie brzusznej. 2) Uproszczony sposób oryentowania się w szybkość tętna. 3) O rzadkich umiejscowieniach gośćca. 4) W sprawie stosowania związków jodowych. (Odb. z »Polskiego Miesięcznika Lek.« Kijów 1917).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1918. sierpień.

W zeszycie sierpniowym »Kursów« znajdują się następujące rozprawy: 1) Dr Haudeka: Rewizya metodyki rentgenologicznej oceny wielkości serca. 2) Dr Georgens: Oznaczenie położenia ciał obcych zapomocą środków operacyjnych. 3) Prof. Strauss: Niedożywianie jako czynnik leczniczy. 4) Prof. Determann: Odżywienie wojenne a zdrowie. 5) Dr Schanz: Biologiczny wpływ światła. 6) Prof. Glax: Przegląd postępów klimato-balneo- i hydroterapii w r. 1917.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1918.

Gazeta lekarska Nr 30—33: Korybut-Daszkiewicz: 1) Patoloogia nowoczesna zapalenia nerek (30). 2) Rzut oka na dyetetykę nowoczesną w zapaleniu nerek (31). — Gutowski: Przypadek anomalii serca o 2 zastawkach aorty i 4 tętnicach wieńcowych (31). — Pańczyszyn: Podłoże anatomiczne t. zw. rysunku wnękowego płuc w obrazie rentgenowskim (32). — Szokalski: Aglutynacya grupowa w przebiegu duru brzusznego, czerwonki i duru plamistego (32—33). — Karwacki i Podolski: Odczyn śródskórny w tyfusie plamistym z domniemanym zarazkiem swoistym ze wszy (33). — Sterling-Okuniewski: W sprawie zimnicy (33).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr. 28—32: Janiszewski: Uwagi w sprawie reformy studyów lekarskich i szkolnictwa polskiego (28—29). — Okuszko: Wysypka płonicowata zakaźna: Exanthema scarlatinoforme infectiosum. Rubeola scarlatinosa (?) Filatow. Choroba czwarta (Dukes) (29—30). — Stefan Sterling-Okuniewski: Przyczynek do bakteryologii duru powrotnego (30). — Kucharzewski: Pięć przypadków włośnicy z zejściem śmiertelnem (31—32). — Biro: O szczególnych postaciach choroby gorączkowej (31—32).

Zdrowie Z. 8. Bujakowski: Działalność Wydziału balneoklimatologicznego T. W. H. — Adamski: Mieszkania suterenowe.

Kronika dentystyczna Nr 6: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów. (dok.) — Nr 7: Trzcińska: Nowojodyna w dentystyce.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 37. Kraków, 14. września 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 14. września 1918 Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner).

Kilka uwag o pierwotnym raku pochwy.

Podał *)

Doc. Dr January Zubrzycki.

Od czasu do czasu spotykamy w praktyce przypadki, które wzbogacają niewątpliwie zasób spostrzeżeń klinicznych i zasługują ze względu na niezwykłą rzadkość swojego występowania na krótkie chociażby omówienie. Do takich zaliczyć musimy między innymi i przypadki pierwotnego raka pochwy, który należy do najrzadziej spotykanych schorzeń narządów rodnych kobiecych. I tak na ogólną ilość schorzeń narządów rodnych kobiety przypada na pierwotnego raka pochwy według Gurlta 0·19%, według Schwarza 0·24%, według Schrödera 0·24%. Na ogólną zaś ilość przypadków raka w innych częściach ustroju przypada na pierwotnego raka pochwy według Williamsa 0·43%; w stosunku do ilości przypadków raka macicy wynosi ilość przypadków pierwotnego raka pochwy według Eppingera 1·04%, według Hechta 2·05%, według Kliensa 3%, według Franza 1·06%, a według Schottlaendera i Kermaunera 3·05%.

Podane powyżej liczby, chociaż rzecz jasna różnią się nieco od siebie, dowodzą jednak bardzo nizkiego procentu przypadków pierwotnego raka pochwy w porównaniu do innych cierpień ginekologicznych, jak i do przypadków raka innych części narządu rodnego kobiety. W klinice położniczo-ginekologicznej U. J. spostrzegano w ostatnich dziesięciu latach zaledwo cztery przypadki raka, którego punktem wyjścia była pochwa.

Pierwszy z nich, opisany w 1911 r. przez Radwańską Obrady Sekcyi ginekologiczno-położniczej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich), dotyczył kobiety 60-letniej, u której rak usadowił się na lewej ścianie zupełnie wynicowanej pochwy, zajmując w postaci półksiężycowej błonę śluzową na przestrzeni wielkości dłoni. Wykonany zabieg operacyjny miał na celu wycięcie nowotworowo zmienionej części pochwy w granicach zdrowych. Zabieg ten wykonano, wycinając cały nacieklý rakowato płat błony śluzowej pochwy, przyczem musiano usunąć i część pęcherza moczowego, na który przechodził nowotwór. Chora w krótkim czasie z powodu powikłań pooperacyjnych zmarła.

Trzy następne przypadki, spostrzegane przezemnie, a dotychczas jeszcze nie opisane, poniżej szczegółowiej nieco omówię.

Przypadek drugi: W maju 1914 zgłosiła się na klinikę chora K. K. l. 44, która w wywiadach podała, że rodziła 5 razy, ostatni raz przed 10 laty, zawsze na czasie, siłami natury; nie roniła. Od 2 miesięcy zauważyła białawo-ropne upławy, a równocześnie wystąpić miały nieregularne krwotoki. Przy badaniu stwierdzono: Osoba średnio odżywiona, bez znaczniejszych zmian w narządach wewnętrznych. Przy zupełnie zresztą prawidłowych narządach rodnych znaleziono na tylnej ścianie pochwy, mniej więcej dwa centymetry ponad wejściem, płaski naciek wielkości małej dłoni, krwawiący przy dotknięciu, o powierzchni nierównej, brzegach twardych, dość kruchy. Naciek ten przechodził na tkankę łączną, znajdującą się pomiędzy pochwą a odbytnicą, zajmując nawet częściowo przednią ścianę odbytnicy. Błona śluzowa odbytnicy względem nacieku nieprzesuwalna. Badanie histologiczne wyciętego z nacieku kawałka wykazało utkanie raka płaskokomórkowego.

Wobec tego doradzono chorej zabieg, który zamierzano wykonać od strony kości krzyżowej. Przez resekcyę częściową kości krzyżowej i ogonowej postanowiono udostępnić sobie pole operacyjne. Wybrano zaś tę drogę dlatego, że zamierzano usunąć równocześnie część nowotworowo zmienionej odbytnicy, co tak od strony powłok brzusznych, jak i od strony pochwy byłoby rzeczą prawie niewykonalną. W dalszym ciągu zamierzano obok wycięcia schorzałej odbytnicy i wytworzenia sztucznego odbytu usunąć wraz z nią równocześnie macicę, przydatki i pochwę w całości. Strona techniczna zabiegu wymagałaby oczywiście nieco dłuższego czasu i nastręczałaby trudności, które jednak dałyby się pokonać. W sposób podobny operowali już, i to z dobrym wynikiem, przypadki raków pochwy, przechodzących na ścianę odbytnicy, Pryor, Himmelfach, Wertheim i inni. Chora jednak na ten bądź co bądź ciężki rękoczyn zgodzić się nie chciała i opuściła klinikę nie leczona.

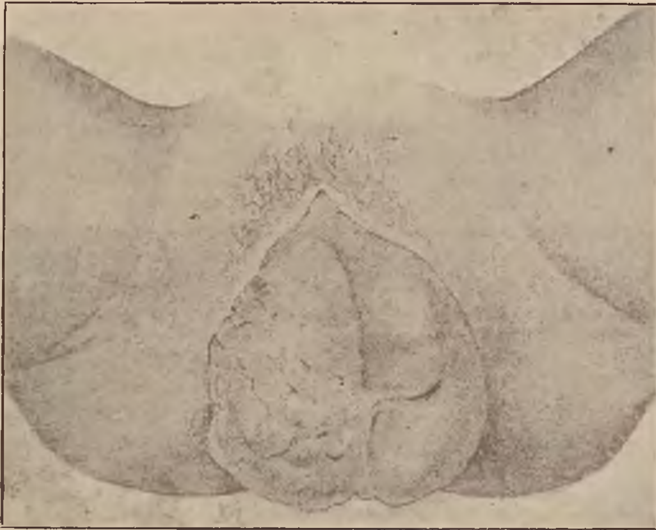
Przypadek trzeci: Dnia 11. XI. 1916 zgłosiła się na klinikę chora M. S. l. 65, podając, że od lat przeszło dziesięciu wypada jej macica, zwłaszcza przy ciężkiej pracy. Przed rokiem zauważyła chora, że guz wypadający powiększa się coraz bardziej i gdy dawniej chował się zupełnie na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, zwłaszcza przy spokojniejszym trybie życia, to od roku nie tylko się nie cofa, lecz brzęknie i na powierzchni jego tworzą się jakieś »wrzody«, które nie są wprawdzie bolesne, lecz rosną coraz bardziej i za dotknięciem krwawią. Równocześnie skarży się chora na zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu. Od roku oddaje mocz tylko po uciśnięciu palcem wypadłego guza. Rodziła pięć razy, ostatni raz przed 30 laty. Porody trwały zawsze długo, były ciężkie, kończyły się jednak bez pomocy lekarskiej. Wstawała po nich do trzech dni i odrazu powracała do swoich codziennych zajęć. Nie roniła.

Przy badaniu stwierdzono, co następuje: Budowa wątła, odżywienie liche, niedokrwistość, wyraźny zanik tkanki tłuszczowej i mięśni. W narządach wewnętrznych żadnych znaczniejszych zmian chorobowych wykazać nie można. Pomiędzy udami sterczy guz wielkości głowy noworodka, nie dający się odprowadzić z powrotem do miednicy małej, a wychodzący z pomiędzy warg sromowych dużych. Guz ten, jak badanie stwierdza, jest wynicowaną pochwą, okrywającą wypadłą całkowicie macicę. Na wierzchołku guza widać ujście zewnętrzne macicy. Powierzchnia wynicowanej pochwy nie przedstawia się jednolicie. Po stronie lewej ściana jej jest tylko twarda i zgrubiała. Po stronie prawej natomiast znajdujemy na niej wyraźne i daleko posunięte zmiany w postaci wybujałości nierównych, barwy czerwonej, które sięgają od prawej wargi sromowej małej do samej prawie części pochwowej, dochodząc tak z przodu, jak i z tyłu do linii środkowej. Odgraniczają się one od otoczenia ostrym, wyniosłym brzegiem i krwawią za dotknięciem. Guz, sterczący ze sromu, wykazuje od przodu i boków bardzo wyraźne chełbotanie, które należy odnieść do zaułka pęcherza moczowego, wciągniętego w dół wraz ze ścianą pochwy (cystokele). Wprowadzony do pęcherza moczowego cewnik wyczuwa się tuż pod wynicowaną przednią ścianą pochwy. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdzić można, że i ona bierze udział w wytworzeniu omawianego guza, gdyż przednia jej ściana wypada częściowo wraz z macicą i pochwą, tworząc t. z. »proktokele«, i to znacznego stopnia. Błona śluzowa odbytnicy jest niezmieniona, względem nacieku w pochwie łatwo przesuwalna. Gruczoły pa-

*) Z powodu braku miejsca został artykuł ten na żądanie Redakcyi bardzo znacznie skrócony.

chwinowe powiększone, prawe więcej, niż lewe, z otoczeniem jednak nie zrosłe. Błona śluzowa pęcherza moczowego, oglądana przy pomocy cystoskopu, nie wykazuje nieprawidłowych nacieków, ani też wybujałości.

Opierając się na tych danych, rozpoznano wypadnięcie całkowite pochwy i macicy, raka bocznej prawej ściany pochwy, przerzuty nowotworowe w obustronnych gruczołach pachwinowych. Badanie drobnowidowe kawałka, wyciętego z powierzchni nowotworowo zmienionej ściany pochwy, potwierdziło rozpoznanie kliniczne w kierunku raka, wykazując typowe utkanie raka płaskokomórkowego. Załączony rysunek uwidocznia najlepiej powyżej opisany guz.



Leczenie w tym przypadku mogło być bądź to operacyjne, bądź też zachowawcze. Pierwsze natrafiało na niemałe trudności techniczne, a wobec zajęcia gruczołów chłonnych nadzieja zupełnego wyleczenia na tej drodze była niewielka. Drugie, to jest leczenie zachowawcze przez naświetlanie promieniami radu, mesothoru lub promieniami Roentgena, dałoby się tem łatwiej przeprowadzić, że nowotwór, leżąc cały na powierzchni, był dostępny bezpośrednio działaniu promieni. I ten również sposób leczenia wobec wspomnianego już zajęcia gruczołów chłonnych rokowanie dawał nie najlepsze. Plan naszego postępowania kojarzył obydwie te metody leczenia ze sobą. Postanowiliśmy usunąć najpierw przy pomocy zabiegu operacyjnego, wykonanego od strony pochwy, ile możności doszczętnie nowotwór, wycinając całkowicie pochwę, macicę, przydatki i zmienione rakowato gruczoły chłonne, a potem dopiero polecić chorej zapobiegawcze leczenie przy pomocy energii promiennej, w celu usunięcia i zniszczenia pod jej wpływem tego, czego nożem ze względów czysto technicznych nie zdołalibyśmy usunąć. Chora jednak zabiegowi operacyjnemu poddać się nie chciała i opuściła klinikę nieleczona.

Przypadek czwarty: R. I. l. 45, zgłosiła się do kliniki w czerwcu 1918 r. Rodziła sześć razy siłami przyrody. Z tego raz w V., a raz w VII. mies. ks. ciąży. Ostatni poród przed 10 laty. Nie roniła. Od listopada 1917 r. cierpi chora na upławy białe, czasem różowo podbarwione. Od kilku tygodni silne bóle w nodze; równocześnie zauważyła chora powiększenie się gruczołów pachwinowych.

Przy badaniu stwierdzono: Kobieta licho odżywiona z wyraźnym zanikiem tkanki tłuszczowej. Bardzo daleko posunięta miażdżyca tętnic. Pochwa dość krótka, sklepienie wąskie, na przedniej ścianie w linii środkowej tuż pod sklepieniem guz wielkości orzecha laskowego, kulisty, nieruchomy. Poniżej pozornie bez związku z nim, również na przedniej ścianie pochwy, naciek, sięgający prawie do wejścia pochwy i kończący się nieco mniejszym guzkiem. Naciek ten przechodzi na prawą ścianę pochwy. Obustronne gruczoły pachwinowe bardzo znacznie powiększone, zrosłe silnie z otoczeniem, nieruchome. Nad spojeniem łonowem po prawej stronie i w głębi, w okolicy, odpowiadającej gruczołom biodrowym, twarde nieprzesuwalne opory. Wycinek z nacieku, badany pod drobnowidem, wykazuje typowe utkanie raka płaskokomórkowego.

Przypadek powyższy uznano za nienadający się do zabiegu ze względu na ogólny stan chorej, znaczne zmiany w narządzie krążenia i rozległe przerzuty w gruczołach nie tyle pachwinowych, (które ostatecznie można było usunąć przy zabiegu), ale przedewszystkiem w gruczołach, leżących w miednicy i koło tętnicy głównej. Również i leczenie energią promienną w tym przypadku, przynajmniej przy obecnym stanie techniki naświetlań, ze względu na niemożność zadziałania promieniami radu, mesothoru lub Roentgena na głęboko leżące, nowotworowo zmienione gruczoły chłonne, byłoby bezcelowem.

Opisane przypadki z wyjątkiem drugiego różnią się znacznie od zazwyczaj spotykanych postaci raka pochwy. Zasługuje w nich na uwagę z jednej strony powikłanie raka zupełnem wypadnięciem pochwy i macicy, (przypadek I i III), z drugiej zaś rzadko stosunkowo spostrzegane usadowienie nacieków nowotworowych (w przyp. I i III boczna, w IV — przednia ściana pochwy).

Najczęstszym punktem wyjścia pierwotnego raka pochwy jest jej ściana tylna, jak to w naszym przypadku II spostrzegać mieliśmy sposobność. W zestawieniu Kröniga znajdujemy bowiem, że na ogólną sumę 123 przypadków wychodził rak z tylnej ściany pochwy 71 razy, z przedniej 23 razy, z bocznych 13 razy, otaczał zaś pierścieniowato pochwę 16 razy.

Rak pochwy występuje prawie z reguły u kobiet starszych, i to wieloródek, wyjątkowo zaś tylko u kobiet młodych lub u tych, które nie rodziły (Jaworski, Falk). Opisane powyżej przypadki żadnego pod tym względem nie stanowią wyjątku. Rak tworzy na powierzchni ściany pochwy nacieki, początkowo ograniczone, niewiele ponad powierzchnię wystające, o nierównem dnie i twardych brzegach. Nacieki te, z biegiem czasu powiększając się, ulegają rozpadowi. Niekiedy jednak wytwarzać się mogą zamiast tego kalafiorowate wybujałości, wypełniające i zacieśniające światło pochwy, a równocześnie skłonne do szybkiego bardzo rozpadu. Przy badaniu przez pochwę, jak niemniej przy oglądaniu gołem okiem, wydaje się nam, że naciek nowotworowy posiada granice, dość ostro odcinające się od otoczenia. Mikroskop atoli poucza, że drobne ogniska nowotworowe sięgają znacznie dalej poza granicę głównego nacieku.

Rak pochwy rozrasta się bardzo szybko, posuwając się tak po powierzchni wnętrza pochwy, jakoteż drążąc w głąb otaczających ją tkanek, w następstwie czego może pochwa z czasem zamienić się w kanał zupełnie niepodatny, wązki, twardy, wmurowany niejako w tkanki miednicy małej, którego ścianę stanowią mniej lub więcej rozpadłe, łatwo krwawiące wybujałości nowotworowe. Z tkanek sąsiadujących zostaje w pierwszym rzędzie przez nowotwór zajęta tkanka łączna otaczająca pochwę (parakolpios), za pośrednictwem której przenieść się może naciek nowotworowy ku tyłowi na przednią ścianę odbytnicy, lub, co rzadziej, ku przodowi na tylną ścianę pęcherza moczowego. Rozrastając się po powierzchni wnętrza pochwy może nowotwór wyjątkowo zająć część pochwową macicy. Wręcz przeciwnie zachowuje się rak szyjki lub części pochwowej macicy, który częściej przechodzi na pęcherz, niż na odbytnicę i niezbyt rzadko, bo według Schottländera i Kermaunera w 45% przypadków, przenosi się na ścianę pochwy.

Przyczyny tak szybkiego rozrostu raka pochwy szukać należy nie w jakiejś wyjątkowej złośliwości komórek rakowych, lecz w budowie anatomicznej pochwy i rozmieszczeniu naczyń chłonnych, odprowadzających z niej prąd limfy. Z jednej strony bowiem ściana pochwy składa się tylko z błony śluzowej i nielicznych pokładów mięsnych, nie może więc stawić należytego oporu rozwijającej się tkance nowotworowej. Z drugiej zaś strony rozległa sieć naczyń chłonnych ułatwia komórkom rakowym rozrost, a w związku z tem tworzenie przerzutów.

Badania Geroty, Sappeya, Poinera, Bruhnsa pouczają, że naczynia chłonne błony podśluzowej pochwy tworzą bardzo gęstą siatkę i łączą się z naczyniami chłonnemi warstwy mięsnej, które dopiero zlewając się w większe pnie, podążają ku odpowiednim gruczołom chłonnym. Naczynia chłonne tylnej ściany pochwy, posiadające ważne kliniczne znaczenie ze względu na częste usadowienie się tamże raka, biegną od ściany pochwy przez tkankę łączną w towarzystwie tętnicy odbytniczej dolnej ku odbytnicy, otaczają ją dookoła i wchodzą do gruczołów chłonnych odbytniczych górnych i gruczołów krezkowych odbytnicy (lymphoglandulae haemorrhoidales superiores mesorectales (Moran i Bruhns)). Drogi chłonne górnej części pochwy, komunikując z naczyniami chłonnemi części pochwowej i szyjki macicy, uchodzą do gruczołów chłonnych pozapochwowych przymacicznych, biodrowych dolnych, zasłonowych i podbrzusznych. Nakoniec naczynia chłonne dolnych odcinków pochwy odprowadzają prąd limfy do gruczołów chłonnych pachwinowych powierzchownych i głębokich. Zależnie od siedziby nowotworu za-

jęte więc zostają odpowiednie gruczoły chłonne (Hecht). Jeżeli n. p. usadowił się rak w dolnej trzeciej części pochwy, to przerzutów jego szukać należy w pierwszym rzędzie w gruczołach chłonnych pachwinowych, jeżeli zaś w dwóch trzecich górnych, to zajęte zostają gruczoły chłonne pozapochwowe, przymaciczne, biodrowe i t. d. Przerzuty nowotworowe w gruczołach chłonnych występują przy raku pochwy, jak to wykazał Gussenbauer, w przeciwieństwie do raka macicy już w bardzo wczesnym okresie choroby. Wyłącznie jednak gruczoły chłonne pachwinowe, leżące zupełnie powierzchownie, są dostępne naszemu badaniu, innych, leżących w głębi, w przeważnej części przypadków badać nie możemy. Zupełnie inaczej ma się sprawa z naciekami nowotworowymi w tkance łącznej, które przy zwykłem już badaniu przez pochwę wyczuć możemy w postaci twardych oporów, pozostających w związku z pierwotnem ogniskiem chorobowem.

Nowotwory, usadowione na tylnej ścianie pochwy, drążą niezmiernie szybko w głąb tkanki łącznej, znajdującej się pomiędzy pochwą a odbytnicą, przechodzą następowo na odbytnicę, zajmując powoli wszystkie warstwy jej ściany i obejmując ją nierzadko pierścieniowato. Pozostaje to najprawdopodobniej w związku z kierunkiem przebiegu naczyń chłonnych, otaczających odbytnicę dookoła.

Rak pochwy miewa najczęściej utkanie raka płaskokomórkowego, z charakterystycznemi wyspami zrogowaciałych komórek (perły Waldeyera). Opisywano już jednak raki pochwy gruczołowate (Bail, Pinna-Pinter, Siefard, Van der Hoeven i t. d.), których punktem wyjścia mają być bądź to zbłąkane w ścianę pochwy gruczoły błony śluzowej szyjki, bądź też pozostałości przewodu Gartnerowskiego (Meyer), które w życiu pozapłodowem mogą przebiegać w ścianie pochwy.

Objawy chorobowe raka pochwy nie różnią się w zasadzie od objawów raka części pochwowej macicy. Początkowe okresy cierpienia przebiegają zazwyczaj bez znaczniejszych podmiotowych dolegliwości i wskutek tego nie zwracają uwagi chorej. Upławy i nieregularne krwawienia, cechujące dalszy przebieg raka pochwy, występują w stosunkowo dość późnych okresach choroby, zazwyczaj dopiero wtedy, gdy naciek nowotworowy zajmie już pewną znaczniejszą przestrzeń pochwy, czemu towarzyszy prawie stale zajęcie sąsiadujących narządów i przerzuty w gruczołach chłonnych.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem nie należy zapominać o wrzodach odleżynowych od krążków, o kile i o gruźlicy. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga sprawę badanie drobnowidowe.

Etyologia pierwotnego raka pochwy jest równie niejasna, jak etyologia raka w ogólności. Niektórzy autorowie przypisują znaczenie czynnika przyczynowego między innemi urazowi, na jaki pochwa wskutek pewnych spraw chorobowych przez dłuższy okres czasu bywa narażona. W ten sposób tłumaczono powstanie raka przy wypadnięciu pochwy (Schmidt, Linke, Zipold Gebhart, Veit, Moraller, Ruge, Franqué, Fromme, Radwańska), i u kobiet, które przez długie lata nosiły krążki (Hegar, Kaltenbach, Winckl, A. Mayer, Schwarz, O. Schmidt, Maly, Wille, Edelberg).

Co do leczenia, to pomijając paliatywnie stosowane środki i zabiegi (zasypki jodoformowe z węglem, przepłukiwania, przyżegania i wyskrobywania), przejdę do omówienia dwóch kierunków leczniczych, mających na celu doszczętne wyleczenie nowotworu. Są niemi od dawna już stosowane leczenie chirurgiczne i od kilku dopiero lat współzawodniczące z niem leczenie przy pomocy energii promiennej.

Do historyi już dzisiaj zaliczyć należy sposób operowania raka pochwy, podany przez Schrödera. Polegał on na tem, że w granicach zdrowych usuwano nowotworowo zmienioną część ściany pochwy. Oczywiście wyniki, uzyskane przy pomocy tej metody operacyjnej, równały się zeru.

W 1895 podał Olshausen nowy, radykalniejszy sposób operowania, polegający na wycięciu całej pochwy, macicy i przydatków od strony krocza. W ogólnych zarysach zabieg ten przedstawia się następująco: Cięciem okrężnem przecina się skórę dookoła sromu, poczem odpreparowuje się pochwę od dołu ku górze, wystrzegając się przy tem pilnie uszkodzenia odbytnicy i cewki moczowej. Następnie otwiera się otrzewnę, przecina po podwiązaniu tkankę okołomaciczną, jak również i więzadła obłe, a macicę wraz z przydatkami i pochwą usuwa się w całości. Zaopatrzenie rany polega na zaszyciu otrzewnej na głucho i wysączkowaniu rany w miednicy małej. Odmiany tej metody podali później Dührssen i Amann.

Od powyżej opisanego różni się zasadniczo rękoczyn, podany w kilka lat później przez Wertheima. Wykonujemy go częściowo od strony powłok brzusznych, częściowo od strony krocza. Cięciem podłużnem, przeprowadzonem w linii środkowej, otwieramy jamę brzuszną i w typowy sposób, tak jak przy raku szyjki macicy, odpreparowujemy macicę wraz z przydatkami i tkanką łączną od otoczenia. Następnie ku dołowi oddzielamy pochwę, starając się dojść jak najniżej. Resztę zabiegu, to jest odpreparowanie dolnego odcinka pochwy od otoczenia, wykonywamy od strony krocza. Zaletą tego sposobu jest możność ewentualnego usunięcia gruczołów chłonnych zmienionych nowotworowo, czego przy zabiegu, wykonanym od strony pochwy, nie można wykonać.

Kelly operował raka pochwy od strony kości krzyżowej, wycinając, celem uprzystępnienia sobie pola operacyjnego, kość ogonową i część kości krzyżowej. Krönig zaś radził w każdym przypadku łączyć powyższy zabieg z wycięciem odbytnicy. Uzasadniał on swoje stanowisko tem, że przy raku pochwy tkanka łączna pomiędzy pochwą a odbytnicą, jak niemniej naczynia chłonne, biegnące od ściany pochwy ku odbytnicy, wykazują już we wczesnych okresach choroby zmiany nowotworowe, które w wielu przypadkach mogą stanowić przeszkodę w doszczętnem usunięciu nowotworu i stać się punktem wyjścia nawrotów. Zalecany przez Króniga zabieg nie znalazł jednak powszechnego zastosowania. Posługujemy się nim tylko wyjątkowo, i to w tych jedynie przypadkach, w których zajęta naciekiem nowotworowym odbytnica musi być także przy. zabiegu usunięta.

Rokować przy raku pochwy, chociażby po najdoszczętniej wykonanym zabiegu, należy bardzo ostrożnie. Nawroty bowiem zdarzają się nadzwyczaj często, i to bez względu na rodzaj zastosowanego rękoczynu tak, że przypadki raka pochwy wyleczonego operacyjnie należą wprost do rzadkości. Przyczynia się do tego z jednej strony bardzo szybki rozrost raka pochwy, z drugiej zaś brak jakichkolwiek objawów podmiotowych w początkowych okresach choroby, wskutek czego chore zwykle zapóźno zasięgają porady lekarskiej. Temu należy też przypisać, że w piśmiennictwie spotyka się tylko nieliczne wzmianki o doszczętnie wyleczonych przypadkach raka pochwy. I tak Wertheim wspomina zaledwie o dwóch wolnych od nawrotu przez przeciąg pięciu lat, Himmelfarb o jednym przez przeciąg trzech lat, Schmittlechner o jednym przez przeciąg jednego roku.

Wobec tak niekorzystnych wyników leczenia chirurgicznego, nic dziwnego, że starano się do leczenia pierwotnego raka pochwy zużytkować i niedawno do lecznictwa wprowadzoną energię promienną. Szczegółowe omawianie techniki naświetlań zaprowadziłoby nas zadaleko. Rzecz ulega jeszcze ciągłym zmianom i udoskonaleniom, a różne kliniki, różną posługując się techniką, modyfikują odpowiednio do swojego doświadczenia i materyału formę, czas trwania, jakoteż i odstępy pomiędzy poszczególnemi naświetlaniami. Zasada jednak pozostaje wszędzie ta sama, a opiera się ona na tem spostrzeżeniu, że promienie radu, mesotoru i Roentgena niszczą ze szczególnem niejako upodobaniem komórki nowotworowe, pozostawiając fizyologiczne tkanki ustroju do pewnego przynajmniej stopnia niezmienionemi. Tak rad, jak i mesotor, stosuje się w postaci soli, które w odpowiednich tak zwanych filtrach, t. j. małych rurkach, sporządzonych z platyny, ołowiu lub złota, wkłada się na pewien czas, zwykle na kilka godzin, do pochwy. Doświadczenie kliniczne przekonało, że początkowy entuzyazm, z jakim przyjęto ten nowy sposób leczenia raka, w późniejszem zastosowaniu częściowe tylko znalazł uzasadnienie. Liczne powikłania, występujące czy to w czasie samego leczenia, czy też w pewien czas już po jego ukończeniu, w postaci martwicy otaczających tkanek i ścian narządów, przetok moczowych, a przedewszystkiem kałowych, zmusiły do udoskonalenia strony technicznej naświetlań, a przypadki spostrzegane przez dłuższy czas po tak zwanem ukończeniu leczenia i dalszy przebieg schorzenia nauczyły krytycznie rozpatrywać wyniki, uzyskane przy pomocy energii promiennej. Przypadków pierwotnego raka pochwy, leczonych przy pomocy energii promiennej, nie znajdujemy wiele w literaturze. Aschheim i Meidner wspominają o jednym przypadku, wyleczonym bez nawrotu przez przeciąg roku, a w klinice Schauty miano sposobność leczyć w ten sposób trzy przypadki z wątpliwym wynikiem. Ocenienie wartości tego leczenia natrafia na znaczne trudności, gdyż opierać się musi na stosunkowo niedużym materyale, przy nieustalonej, zmieniającej się i doskonalącej się jeszcze technice. Nic dziwnego, że i o porównanie skuteczności operacyjnego i zachowawczego leczenia raka pochwy kusić się na razie niepodobna, tembardziej zaś o rozstrzygnięcie, której z tych metod leczniczych oddać należy w odniesieniu do raka pochwy pierwszeństwo.

Wobec jednak niepomyślnego naogół przebiegu leczenia chirurgicznego, stosowanie leczenia przy pomocy energii promiennej w przypadkach raka pochwy zdaje się zasługiwać na polecenie, pomimo, że przy dzisiejszym stanie techniki nie daje ono również pewności zupełnego wyleczenia. W każdym razie stosowanie naświetlań promieniami radu, mesotoru lub Roentgena po ile możności doszczętnem usunięciu nowotworu na drodze operacyjnej uważać należy bezwarunkowo za wskazane.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

przelewanie wnętrzne, autotransfusio.
niejadowity, avirulent.
bezplemniczość, azoospermia.
przechowywacz mikrobów, Bacillenträger.
zakażenie, mikrobica żółci, Bakteriocholie.
niszczenie mikrobów, bakteriolysis.
pęcherz listwowaty, Balkenblase.
szyja odęta, Blähhals.
tworzywo, Blastem.
nowotwórstwo, blastomatosis.
komórki brózdkowania, Blastomeren.
drożdżak, blastomycoma.
pęcherzyk zarodkowy, blastula.
przyciemniacz, Blende.
wyrostek robakowaty, Blinddarmanhang.
rysy popiorunne, Blitzfiguren.
otwór (dolny, górny) klatki piersiowej, Brustapertur.
wapnica, calcinosis.
kamykowy, pochodzenia kamykowego, calculosus.
wydalacz ciągły, Dauerausscheider.
odgłobienie, desinvaginatio.
cukrzyczy, moczówkowy, diabeticus.
cukrzycorodny, diabetogen.
wyodrębliwość, Differenzierbarkeit.
badanie na ciemnem tle, Dunkelfelduntersuchung.
trudnogojny, dysiatisch.
wgoić, einheilen.
jad wnętrzny, wewnątrzkomórkowy, Endotoxin.
odzróżnienie, Entdifferenzierung.
odjelitny, enterogen.
teorya odtruwania, Entgiftungstheorie.
narząd odtruwający, Entgiftungsorgan.
1) nasada (kości), 2) szyszynka, epiphysis.
wyrostek robakowaty, epityphlon.
gorączka zakaźna, febris septica.
gorączka niezakaźna, febris aseptica (wyraz »bezgnilny« wyrzucić). 15.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.
VII. Posiedzenie naukowe d. 8. marca 1918.
(Dokończenie).

W dyskusyi: 1) Kol. Demianowski wspomina o przypadkach choroby Addisona (Recklinghausen, Linser), łączących się ze wzrostem karłowatym. — 2) Kol. Sieradzki zapytuje o genezę zmian barwikowych w chorobie Addisona i o przyczynę ich zanikania. — 3) Kol. Hornowski przypuszcza, że znikanie barwika odbywa się za sprawą białych ciałek krwi. — 4) Kol. Sabatowski wspomina o pracy nieznanego mu z nazwiska prymaryusza z Aten, który zapomocą wstrzykiwania adrenaliny otrzymywał odbarwienie skory przy chorobie Addisona.— 5) Kol. Nowicki wspomina o nielicznych przypadkach, w których wystąpiły objawy choroby Addisona po silnym urazie, głównie w okolicę lędźwiową. W jednym z tych przypadków stwierdzono na sekcyi stary wylew krwawy w nadnerczach i ich okolicy. W nader rzadkich przypadkach spostrzegano również samoistne ustępowanie objawów chorobowych. — 6) Kol. Sołowij, jako analogię, przytacza zabarwienie skóry u ciężarnych i tłumaczy mechanizm. — 7) Kol. Gluziński A. uważa za przyczynę cierpienia w przypadku kol. Renckiego zmianę naczyniową.

II. Kol. Tomaszewski przedstawia rzadki przypadek **dermographia elevata.** Przypadek dotyczy chorego z wybitnemi znamionami wzmożonego napięcia w układzie nerwu błędnego, w połączeniu ze stanem limfatycznym (status lymphaticus i habitus enteroptoticus). Dermografia nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, utrzymuje się około $1^1/_2$ godziny i znika bez pozostawienia po sobie jakichkolwiek śladów. Należy ją uważać za zboczenie miejscowe, polegające na wzmożonej pobudliwości i przepuszczalności naczyń włosowatych skóry, przyczem istnieje prawdopodobnie równocześnie i upośledzenie wessania; wskazuje na to długie utrzymywanie się obrzęku skóry. Dermografia, zdaniem prelegenta, nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, nie jest zwłaszcza wcale typowym objawem neurastenii ani histeryi. W danym przypadku za tło, na którem powstała dermografia, uważać należy wagotonię. (Autoreferat).

W dyskusyi: Kol. Demianowski, odwołując się na swoje badania nad dermografią i zebrane dane z literatury, zaznacza, że dermografia do tej pory przynajmniej ze względu na brak jednolitej, a subtelnej metody badań nie ma znaczenia rozpoznawczego. — Kol. Csala zapytuje o różnicę między pokrzywką porcelanową a dermografią? — W dyskusyi przemawiał nadto kol. Halban.

III. Kol. Rothfeld przedstawił trzy przypadki neurologiczne z oddziału szpitala rezerwowego, nad którymi w dyskusyi przemawiali kol. Mazanek, Halban i Csala.

Zjazd w sprawie wyludnienia kraju
w Warszawie 1—3. XI. 1918.

Jak już donosiliśmy, podzieli się Zjazd na 3 sekcye: I. Sekcya walki z niedomaganiami, spowodowanemi przez obecne warunki wojenne. II. Sekcya walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. III. Sekcya opieki nad matkami i dziećmi oraz walki z ograniczaniem liczby potomstwa.

W sekcyi I ustalono jako tematy obrad: 1) Odżywianie ludności podczas wojny (referaty zgłosili Dr Ruppert, Dr Tarczyński, Liebrach), 2) Gruźlica (Dr S. Rudzki, Dr Szmurło), 3) Choroby zakaźne ostre (Dr Trenkner), 4) Choroby serca, naczyń i nerwów na tle wojny (Dr Ciągliński). — Tematy i zgłoszone referaty w sekcyi II podaliśmy już w Nr. 29. — W sekcyi III tematem obrad będą: 1) Stan obecny opieki nad matkami i dziećmi oraz śmiertelność dzieci na ziemiach polskich, 2) Ochrona macierzyństwa (Dr Pawlikowski, mec. Mannteuffel, inż. Sokal), 3) Opieka nad dziećmi nieślubnemi, sierotami, opuszczonemi i występnemi (Dr Stankiewicz, mec. Cederbaum), 4) Walka z ograniczaniem potomstwa (Dr Gromadzki).

Dalsze zgłoszenia referatów przyjmuje Dr L. Wernic w Warszawie, Al. Jerozolimskie Nr. 66.

(W nadesłanym nam oficyalnym komunikacie Zjazdu niema wzmianki o referentach z poza Warszawy, zaproszonych przez delegatów galicyjskich Zjazdu).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Prezesem Stowarzyszenia lekarzy polskich został wybrany Dr. Władysław Starkiewicz, wiceprezesem Dr. Jakimiak, sekretarzem Dr. Turkiewicz.

Zmarli: Dr. Aleksander Dobrzański, nestor okulistów polskich, b. ordynator szpitali warszawskich i dyrektor Zakładu leczniczego w Busku, w 88 r. ż. w Warszawie; Dr. Stanisław Radziszewski, ordynator szpitala św. Stanisława w 68 r. ż. w Warszawie; Dr. Władysław Olechnowicz, kierownik zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Czerwonym Dworze, w 70 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 24. Kraków, 17. czerwca 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 17. czerwca 1918 Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

Badania Ciechanowskiego nad tłem anatomicznem niedomogi pęcherza u ludzi starszych dowiodły, że w podeszłym wieku zdarza się często zmiana ilościowa stosunku składników ściany pęcherza na niekorzyść mięśnia; przewagę uzyskuje tkanka łączna włóknista. Podobnie, jak i Casper nie znajduje i Ciechanowski ściślejszego związku pomiędzy występowaniem tych zmian a miażdżycą drobnych tętniczek pęcherza.

Jako przykład nabytego uchyłka prawdziwego może posłużyć przypadek, opisany przez E. Francka i Stöckela; w tym przypadku w następstwie operacyi w okolicy pęcherza powstała blizna, która kurcząc się pociągała ścianę pęcherza i spowodowała uchyłkowate wypuklenie.

W etyologii powstawania prawdziwych uchyłków pęcherza może mieć znaczenie ucisk kamienia, znajdującego się w pęcherzu; rozstrzygnąć jednak napewno, czy kamień był pierwotnie w pęcherzu i spowodował powstanie uchyłka, jest częstokroć niemożliwe.

Uchyłki pęcherza mogą dłuższy czas, a nawet i całe życie nie sprawiać chorym żadnych dolegliwości i dlatego pewna liczba tych przypadków wychodzi na jaw dopiero podczas sekcyi. Ale tak się ma rzecz tylko, jeżeli niema powikłań, te bowiem najczęściej zmuszają chorego szukać porady i bardzo często tak opanowują cały obraz kliniczny, że trudno rozdzielić, które dolegliwości zależą od uchyłka, a które od przyłączającego się powikłania. Według Pagenstechera prawdziwy uchyłek pęcherza, posiadając taką samą budowę ściany i unerwienie, jak i pęcherz, wydala z siebie mocz na tych samych prawach fizycznych, co i pęcherz, tylko że pęcherz opróżnia się wprost na zewnątrz, a uchyłek naprzód do pęcherza; wzmożona przez to praca pęcherza powoduje z czasem przerost roboczy warstwy mięsnej, przez co wydalanie moczu z pęcherza odbywa się pod dużem ciśnieniem. Z tem wzmożonem ciśnieniem wśródpęcherzowem walczyć musi uchyłek, którego ściana również przerasta i z walki tej wychodzi tak długo zwycięzko, dopóki nie nastąpi niedomoga jego ściany mięsnej; z chwilą gdy to nastąpi, zaczyna się zatrzymywanie pewnej ilości moczu w uchyłku, które z biegiem czasu i postępem niedomogi mięśni staje się coraz większe i sprowadza wreszcie rozszerzenie uchyłka, jako stały stan. W ten sposób tłumaczy ten mechanizm Pagenstecher. Do rozszerzenia, a wreszcie i do zupełnego porażenia ściany uchyłka dochodzi tem wcześniej, jeżeli istnieją dodatkowo przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, jak stulejka (Zachrisson, Ljunggren), zwężenie cewki (Czerny), przerost sterczu (Riedel, Israel), lub też, jak przyjmuje Cholzoff, jeżeli otwór łączący leży tak niekorzystnie, że już przez samo swoje położenie utrudnia mechanicznie przechodzenie treści z uchyłka do pęcherza.

Rozszerzenie takie i zupełne porażenie ściany uchyłka, a co za tem idzie, nadmierne wypełnienie uchyłka moczem, może spowodować przez ucisk cewki od zewnątrz zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu; jeżeli zatrzymanie jest niezupełne, to towarzyszy mu częste oddawanie moczu. Oprócz częstego oddawania moczu, które może być silniej lub słabiej zaznaczone, podają chorzy często, że po oddaniu moczu, kiedy strumień się kończy, nie mają uczucia zaspokojenia potrzeby, jak w stosunkach prawidłowych, lecz mimo niemożności dalszego moczenia czują potrzebę oddania moczu. Można przyjąć, że powodem tego uczucia jest ucisk wypełnionego uchyłka na szyję pęcherza.

Oddawanie moczu bywa utrudnione; chorzy muszą przeć, używać tłoczni brzusznej, a cały akt oddawania moczu przedłuża się.

Jednym z najczęstszych objawów i przez wielu autorów spostrzeganym jest moczenie dwuczasowe; po oddaniu moczu następuje pauza kilkominutowa, po której znowu pęcherz się obficie wypróżnia. Zaaijer spostrzegał chorego, który po dużych wysiłkach fizycznych oddawał mocz kilkakrotnie, 6—7 razy, z małemi minutowemi przerwami; objaw ten, pokrewny dwuczasowemu moczeniu, tłumaczy Zaaijer cofaniem się moczu z pęcherza do uchyłka podczas aktu moczenia, szczególnie jeżeli oddawanie przez cewkę bywa utrudnione; gdy tylko pęcherz przestaje się kurczyć, wlewa się do niego cofnięty poprzednio płyn z uchyłka i występuje na nowo uczucie potrzeby oddania moczu; sprawa ta powtarza się dopóty, dopóki chory nie odda takiej ilości moczu, aż wystąpi uczucie zupełnego zaspokojenia.

Krwiomocz niejednokrotnie spostrzegano i jeżeli niema równoczesnego zapalenia błony śluzowej pęcherza i uchyłka lub nowotworu, tłumaczono ten objaw zmienionymi stosunkami w krążeniu w następstwie silnego rozdęcia ścian pęcherza przez zalegający mocz.

Najpoważniejszem powikłaniem uchyłków pęcherza jest zakażenie, w następstwie którego powstają zmiany zapalne na błonie śluzowej pęcherza i uchyłka. Droga, którą zarazki mogą się dostać do pęcherza, może być różna; dostają się one tam przez cewkę, badanie narzędziami może je tam wprowadzić, a mogą także przedostać się do dróg moczowych drogą naczyń krwionośnych.

Rozpoznanie uchyłka pęcherza należy niejednokrotnie do bardzo trudnych zadań i pomimo całego szeregu podanych sposobów badania, jakoteż tak doskonałych metod badania, jak cystoskopia i radiografia, może stanowcze rozpoznanie uchyłka być niemożliwe.

Wywiady nie pozwalają prawie nigdy na dalej idące wnioski i jest rzeczą wogóle uderzającą, jak skąpych wiadomości udzielają nam zwykle chorzy na uchyłek.

Objawy kliniczne: Z całego szeregu objawów klinicznych jeden tylko zaledwie objaw dwuczasowego moczenia posiada pewną wartość rozpoznawczą. Tak przynajmniej prawie wszyscy autorowie przyjmują. Zdaje się jednak, że objaw ten należy oceniać bardzo krytycznie; po pierwsze dlatego, że daje się stwierdzić tylko w pewnej części spostrzeganych przypadków, powtóre zaś dlatego, że niema cechy wyłączności, niezbędnej, ażeby go określić jako objaw znamienny. Typ oddawania moczu w dwu porcyach z małą kilkuminutową przerwą pośrodku można napotkać u chorych na przerost sterczu w pierwszym i drugim okresie choroby, t. j. w okresie kongestyi i niezupełnego zatrzymania moczu. Chorzy tacy podają często w wywia-

dach, że szczególnie rano po obudzeniu się oddają mocz w tym typie, co przy tej chorobie tłumaczymy sobie silniejszym nawałem do sterczu, spowodowanym snem.

Inne objawy, jak częste oddawanie, oddawanie z parciem lub bólem, trudne oddawanie z potrzebą użycia tłoczni brzusznej, przedłużone oddawanie moczu, mimowolne moczenie, krwiomocz, nawet przy niezakażonym moczu nie posiadają swoistego znaczenia, gdyż aż nadto często spotykane bywają przy wielu innych sprawach chorobowych. Jeszcze więcej na znaczeniu tracą te objawy, jeżeli istnieje zakażenie dróg moczowych i mocz zawiera ropę. Obraz nieżytu pęcherza panuje wówczas ponad wszystkiem i z tych objawów sądząc, ponad rozpoznanie pospolitego nieżytu pęcherza posunąć się nie możemy.

Englisch zwraca uwagę na szczególny typ oddawania moczu, a mianowicie: Chory opróżnia pęcherz z początku szybko, później zaś, gdy uchyłek zaczyna swoją treść wydalać, prąd moczu słabnie i staje się powolnym, a przyspieszyć i wzmocnić go można przez ucisk ręką na okolicę uchyłka przez powłoki brzuszne. Objaw ten tłumaczy Englisch w ten sposób, że kiedy pęcherz wydala mocz i kurczy się, to zaciska otwór uchyłka i nie dozwala mu się opróżnić, kiedy zaś mięśnie pęcherza przestaną się kurczyć, otwór uchyłka rozszerza się i treść jego powoli się wydobywa i na zewnątrz bywa wydalaną. W ten sposób tłumaczy Englisch także objaw dwuczasowego moczenia.

Nieco pewniejsze wyniki daje badanie fizyczne.

Oglądaniem można stwierdzić przy wypełnionym pęcherzu i dużym uchyłku niesymetryczne wypuklenie ściany brzucha po prawej lub lewej stronie od linii środkowej ciała. Pamiętać jednak należy, na co szczególnie zwraca Englisch uwagę, że i prawidłowy pęcherz niezawsze bywa położony w środku miednicy małej, lecz może być przez wypełnioną odbytnicę przesunięty na prawo lub też sprawiać po lewej stronie lekkie wypuklenie, jeżeli obie jego połówki nierównomiernie i niesymetrycznie się rozszerzają. Żadnych wniosków z oglądania wysnuwać nie można, jeżeli istnieje niesymetryczność budowy n. p. wskutek skrzywień kręgosłupa.

Przy korzystnych warunkach badania, t. j. jeżeli powłoki brzuszne nie są zbyt grube i przy odpowiedniem ułożeniu chorego z przykurczonemi kończynami dolnemi, wzniesionym tułowiem i otwartemi ustami, mozna czasami wysnuć pewne wnioski ze zbitości, jaką się wyczuwa przy obmacaniu okolicy pęcherza; zbitość wyczuwanego guza bywa nierównomierna: pęcherz właściwy wyczuwa się nieco oporniej, zbitość zaś uchyłka bywa miększa z powodu wiotkości jego ściany.

Ból na ucisk może w łączności z innymi objawami dać pewne wskazówki rozpoznawcze. Ból występuje tylko przy zapaleniu; zapaleniu ulega zazwyczaj równocześnie błona śluzowa pęcherza i uchyłka, jakkolwiek niejednokrotnie spostrzegano, że i sam uchyłek bez udziału pęcherza może uledz zapaleniu. Otóż przy uciskaniu, szczególnie dwuręcznem, t. j. przez powłoki brzuszne i odbytnicę, stwierdzić się daje bolesność, która szczególnie duża bywa w okolicy samego uchyłka, tutaj bowiem nasilenie sprawy zapalnej bywa większe.

Najmniej pewne wyniki daje opukiwanie, raz dlatego, że blizkie sąsiedztwo kiszek, jako narządu zawierającego powietrze i mogącego się różnie układać, może wpływać na ukształtowanie stłumienia, a powtóre dlatego, że pęcherz rozszerza się przy wypełnieniu naprzód i głównie ku tyłowi, t. j. ku kości krzyżowej, a okolica ta jest dla opukiwania niedostępna.

Badanie przez odbytnicę, szczególnie badanie skombinowane przy równoczesnym ucisku drugą ręką na okolicę nadłonową, może dać przy wypełnionym pęcherzu i bocznie położonym uchyłku bardzo jasny obraz.

Pielicke stwierdził osłuchiwaniem, przy uciskaniu na okolicę uchyłka, wyraźny i charakterystyczny szmer, wywołany przelewaniem się płynu z uchyłka do pęcherza i naodwrót, przez otwór łączący.

Badanie narzędziami: Dokładne obmacanie ścian pęcherza przy pomocy zgłębnika metalowego z równoczesnem kontrolowaniem końca zgłębnika palcem, wprowadzonym do odbytnicy, może nas doskonale poinformować o obecności uchyłka; można dobrze określić jego położenie, wielkość, a nawet szerokość otworu łączącego go z pęcherzem. Lecz dzisiaj, wobec cystoskopii, rzadko kto ucieka się do badania zgłębnikiem metalowym. Cystoskopia w stosunku do badania zgłębnikiem przedstawia metodę o wiele pewniejszą co do wyników, a przedewszystkiem o wiele więcej oszczędza chorego.

Englisch starał się metalowy cewnik wsunąć do uchyłka i zauważył, że mocz odpływa wówczas bardzo powoli, a jeżeli uchyłek leży z boku i ku tyłowi i jest duży, z powodu tego, iż ściany jego są zazwyczaj zwiotczałe, prąd odpływającego moczu bywa słaby; dopiero przy ucisku ręką na okolicę uchyłka prąd ten staje się silniejszym. Jeżeli pęcherz i uchyłek są zakażone, to mocz, który w pierwszej części był lekko mętny, staje się za uciskiem na uchyłek silnie ropnym.

Istotne znaczenie dla rozpoznawania uchyłka pęcherza, szczególnie przy pewnej jego wielkości i położeniu na przedniej ścianie pęcherza, ma wedle Cholzoffa zjawisko znikania guza w okolicy pęcherza po założeniu cewnika i wypuszczeniu moczu i zjawiania się guza po napełnieniu pęcherza.

Najpewniejszym sposobem rozpoznania uchyłka pęcherza jest cystoskopia. Wykazuje ona jak najdokładniej, gdzie uchyłek się znajduje, w której okolicy pęcherza, jakim otworem łączy się z pęcherzem i jaki jest jego stosunek do moczowodu, poucza nas dalej o stanie błony śluzowej pęcherza i samego uchyłka, do którego można wsunąć cystoskop, wykrywa ewentualne kamienie lub nowotwory, które nie należą do rzadkości w uchyłkach, dalej pozwala ocenić wielkość i kształt gruczołu krokowego, jakoteż i wartość czynnościową nerek, co ze względu na zabieg chirurgiczny może mieć duże znaczenie. Jak każda metoda kliniczna, tak i cystoskopia obraca się w pewnych granicach możliwości i bywają przypadki, gdzie zastosować jej nie można. Do takich zaliczyć trzeba n. p. zwężenia cewki, które nie pozwalają na wprowadzenie cystoskopu. Jeżeli się uda wprowadzić cystoskop, to w samym pęcherzu napotkać mozemy na duże trudności. I tak silny obrzęk zapalny błony śluzowej pęcherza może sprawiać, że otwór łączący zostaje zupełnie zaciśnięty i w cystoskopie niewidoczny; dalej, jeżeli się pęcherz wypełnia powszechnie przyjętą ilością 150 cm³ płynu, może się zdarzyć, że płyn ten ucieka do uchyłka, a w pęcherzu będzie ciasno i ciemno. Dlatego to przy przypuszczeniu uchyłka musi się cystoskopia odbyć przy możliwie największem wypełnieniu, na jakie pozwala pęcherz. Niebezpieczeństwa cystoskopii, o jakich wspomina Englisch, że cystoskopem można przy przechodzeniu do uchyłka przebić ścianę pęcherza lub wywołać oparzenie lampką, są przesadzone. Wprowadzanie cystoskopu do uchyłka odbywa się pod ustawiczną kontrolą oka i badający każdej chwili zdaje sobie sprawę z położenia dzióba cystoskopu; o przebiciu ściany pęcherza w tych warunkach mowy być zatem nie może, co się zaś tyczy oparzeń lampką, to mogło się to dawniej trafić, obecnie zaś są w powszechnem użyciu t. zw. »zimne lampki«, które nie rozgrzewają się nawet przy długiem świeceniu i oparzenia wywołać nie mogą.

W r. 1904. zastosował Koller poraz pierwszy promienie Röntgena w celu rozpoznania uchyłka pęcherza; do tego celu wypełnił pęcherz i uchyłek powietrzem, a przy prześwietleniu otrzymał w tem miejscu cień. Kontury tego cienia były rozlane, lecz pomimo tego pozwalały na dokładne ocenienie stosunku uchyłka do pęcherza.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wodolecznictwo w polskich uniwersytetach.

W sprawie reformy studyum lekarskiego powinni zabrać głos, obok profesorów, także lekarze, a z tych przedewszystkiem młodzi, ci bowiem ukończyli studya według ostatniego sposobu nauczania i zdają sobie najlepiej sprawę z tego, jakie wiadomości wnieśli do swej praktyki i czego im brakuje. Jako taki zabieram głos w tej sprawie.

Kiedy się czyta dzieło Wilhelma Winternitza, pierwszego profesora, który ex cathedra wykładał o wodolecznictwie, to trudno uwierzyć, że tak obszerny dział terapii, jakim jest wodoleczenie, traktuje się u nas po macoszemu. A naprawdę niema dzielniejszego środka nad wodolecznictwo. Teoretyczne wiadomości o wodolecznictwie bez praktycznych, podobnie jak w chirurgii, choćby nawet gruntowne, nie wystarczają do praktyki. Lekarz musi bezwarunkowo umieć wykonywać zabiegi, gdyż woda źle zastosowana pociąga za sobą złe skutki, a powtóre musi umieć pokazać otoczeniu chorego, jak się je robi. Doświadczenie poucza, że chorzy i pielęgnujący ich nigdy nie wykonują dobrze zabiegu, jeżeli nie pokaże się im go praktycznie.

Dzisiejszy uniwersytet nie daje lekarzowi dokładnych wiadomości o wodolecznictwie, ani teoretycznych, ani praktycznych. Żniniewicz powiada w swojem »Studyum z praktyki wodoleczniczej«, że kiedy profesor Strümpell zapytał się kandydata medycyny, co wyobraża sobie przy tem, gdy pacyentowi przykłada

kompres, żaden student nie wiedział nic więcej, jak tylko tyle, że używa się do tego zwyczajnego płótna, wody, ceratki i flaneli. Wprawdzie słyszy się tu i ówdzie w ciągu wykładów, że w danym wypadku dobrze robią kąpiele lub opaski, nie podaje się atoli ani opisu, ani szczegółowych wskazań i przeciwwskazań pojedynczych zabiegów w rozmaitych chorobach. Wodolecznictwo jest gałęzią wiedzy lekarskiej, równie ważną jak inne, jest niezbędne dla lekarza praktyka i jest nauką ścisłą, nie dającą się wyuczyć mimochodem, ale wymaga specyalnych studyów obszernych, popartych doświadczeniami.

Podaję zatem myśl utworzenia katedry wodolecznictwa i traktowania jej równorzędnie z innemi katedrami przez wybudowanie osobnej kliniki i gmachu doświadczalnego.

Dr Leonard Ottenbreit, lekarz miejski w Bieczu.

Sprawozdanie Prezydenta Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej

Dr Jana Papée

za czas od 10. marca 1917 do 23. lutego 1918.

(Dokończenie).

II. Sprawą, która dotyka ogół lekarzy, jest sprawa taryfy sądowolekarskiej w sprawach karnych. Taryfa ta, zmieniona w r. 1901, już przed wojną nie odpowiadała stosunkom, dlatego na XVI Wiecu Izb z inicyatywy naszej Izby wniesiono projekt nowej taryfy. Ponieważ wskutek wybuchu wojny sprawa ta utknęła i nie było nadziei w drodze ustawodawczej ją załatwić, Wydział naszej Izby w r. 1916 wniósł za pośrednictwem Wydziału wykonawczego memoryał do Ministerstwa sprawiedliwości z żądaniem prowizorycznego podwyższenia honoraryów lekarskich o 100%. O załatwienie tej sprawy urgował Prezydent Izby osobiście w Wiedniu kilka razy, nadto w październiku wnieśliśmy ponowne ponaglenie w drodze Wydziału wykonawczego, a zarazem zwróciliśmy się do wszystkich Izb z prośbą o osobne analogiczne wystąpienie według otrzymanej z Wydziału wykonawczego relacyi. Minister sprawiedliwości wobec deputacyi osobnej przyznał słuszność naszych żądań i przyrzekł w porozumieniu z Ministrem skarbu ją załatwić.

III. Według naszego przekonania dyety za tłumienie i szczepienie chorób zakaźnych, zwłaszcza zaś zwrot kosztów podróży, stoją w rażącej sprzeczności z obecnymi stosunkami ekonomicznymi i faktycznym wydatkiem na podwody. Z tego powodu wniósł Wydział obszerne przedstawienie do Wydziału krajowego i do Namiestnictwa z prośbą o podwyższenie dyet za szczepienie ospy, delegacyę do chorób zakaźnych i kilometrowego. Wydział krajowy pismem z dnia 2. stycznia 1918 zawiadomił, że dyety za szczepienie ospy podwyższa o 40—50%, począwszy od r. 1917, zaś o podwyższenie kilometrowego odnosi się z gorącem poparciem do c. k. Namiestnictwa. Co do dyet za choroby zakaźne według zasięgniętej informacyi u miarodajnych czynników załatwienie tej sprawy możliwe jest tylko drogą rozporządzenia dla całego państwa. Wobec tego Izba nasza tymczasowo radzi lekarzom przynależnym, ażeby, opierając się na § 27 ustawy z r. 1913 o tłumieniu chorób zakaźnych, zawierali ze starostwami poszczególne umowy z żądaniem dyet dziennych 15 koron. Okólnik taki wysłano do wszystkich lekarzy.

IV. W sprawie żądania prywatnych Towarzystw ubezpieczeń od wypadków, aby im dyrekcye szpitali wydawały świadectwa i orzeczenia lekarskie względnie odpisy historyi chorób, zwróciliśmy się z przedstawieniem do Wydziału krajowego, aby stanął w obronie postanowień Izb lekarskich i zabronił bezpłatnego wypełniania przedkładanych przez Tow. formularzy, a zezwolił tylko na wydawanie orzeczeń za wynagrodzeniem, ustanowionem przez Izby lekarskie. Wydział krajowy pismem z dnia 13/IX 1917 w odpowiedzi swej stara się utrzymać różnicę co do historyi chorób a świadectwami i orzeczeniami, i jest zdania, że historye choroby są dokumentem szpitalnym, którego wydawania nie potrzeba odmawiać Tow. ubezpieczeń, co do wydawania świadectw pozostawia lekarzom szpitalnym zupełną swobodę. Wydział Izby na posiedzeniu 25/1 uchwalił przesłać Wydziałowi krajowemu wyjaśnienie, że obowiązek tajemnicy lekarskiej odnosi się także do historyi choroby, która jest zbiorem szczegółów, stanowiących najściślejszą tajemnicę chorego; wydawanie zatem odpisu jej bez zgody chorego jest zdaniem Izby niedozwolone, chyba na żądanie uprawnionego do tego Sądu.

V. Z powodu utrudnień w legitymacyach i uzyskaniu podwód, doznanych przez lekarzy przy odwiedzaniu chorych Wydział Izby wniósł do Namiestnictwa prośbę o ich usunięcie. W załatwieniu tej prośby Namiestnictwo wydało polecenie Starostwom, aby lekarzom nie czyniono trudności w wydawaniu legitymacyi z ważnością na okres trzech miesięcy i aby im w nagłych wypadkach Starostwa szły na rękę w uzyskaniu podwody.

VI. Z powodu utworzenia Ministerstwa zdrowia i opieki społecznej Izby lekarskie przedstawiły Rządowi obszerny memoryał, w którym wyrażone zostały imieniem Izb postulaty, aby: Ministerstwo zdrowia było bezpolityczne, a kierownictwo jego spoczywało w rękach lekarza, by w Ministerstwie scentralizowane zostały wszystkie sprawy, odnoszące się do zdrowia publicznego, ażeby na poszczególnych stopniach administracyi sanitarnej (gminy, okręgi, zarządy krajów) byli postawieni lekarze jako samodzielne, w sanitarnych sprawach rozstrzygające, w prawo egzekutywy wyposażone czynniki sanitarne. W końcu zażądano w memoryale, aby w ciągu prac przygotowawczych co do organizacyi Ministerstwa wysłuchano opinii Izb, a projekt organizacyi wypracowany przez Rząd dano Izbom do zaopiniowania.

VII. W sprawie uwzględnienia sił krajowych w utworzyć się mającem Ministerstwie zdrowia zwróciliśmy się do Ministra dla Galicyi i Koła Polskiego z prośbą, ażeby stosownie do liczby ludności i potrzeb kraju zabezpieczono dostateczną ilość referentów dla Galicyi. W tej sprawie przeprowadzono korespondencyę z p. Ministrem, który przyrzekł to żądanie Izby uwzględnić.

VIII. Statut Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach, zwrócony przez Ministerstwo w marcu 1917, w myśl wskazówek żądanych poprawiono, a tabele matematyczne skonstruowane i zrewidowane zostały również w myśl żądania Ministerstwa przez specyalistę technika matematyczno-asekuracyjnego. Rozporządzeniem z dnia 3/9 1917 L. 38351/17 został statut zatwierdzony i Kasa pensyjna może obecnie wejść w życie. Zaproszenie do przystępowania do Kasy rozesłaliśmy wszystkim lekarzom przynależnym, a dalsze czynności przygotowane do założenia Kasy są w toku.

IX. Z powodu zmiany ustawy o kasach chorych i wynikającej stąd potrzeby ustanowienia Komisyi pojednawczych, na żądanie Namiestnictwa przedłożyliśmy opinię Izby w tym kierunku, iż należy ustanowić stale urzędującą komisyę we Lwowie, któraby się składała w połowie z przedstawicieli Izby i Kas chorych pod przewodnictwem urzędnika administracyjnego. Jako jedno z głównych zadań tej komisyi zaznaczono uporządkowanie stosunków służbowych lekarzy kasowych i ustalenie ramowego kontraktu umowy.

Równocześnie przypomnieliśmy w »Przeglądzie lekarskim« wszystkim lekarzom wzór kontraktu, wypracowanego przez naszą Izbę w r. 1914, z wezwaniem, aby się tego wzoru trzymali przy obejmowaniu posad w kasach chorych.

X. Na wiosnę r. 1917 urządziło Ministerstwo spraw wewnętrznych bezpłatny kurs dla lekarzy celem pouczenia o sposobie prowadzenia opiek dla chorych na gruźlicę. Wydział na żądanie Namiestnictwa przedstawił szereg kandydatów ze Lwowa i prowincyi, z których kilku zostało uwzględnionych i w tym kursie wzięło udział.

XI. Kilku lekarzy okręgowych, odbywających obecnie służbę wojskową, zwróciło się do Izby z zażaleniem, że odnośne Wydziały powiatowe nie chcą im wypłacać poborów służbowych i uważają stosunek służbowy za rozwiązany. Ponieważ w myśl ustawy lekarzom takim, o ile są stabilizowani, pobory służbowe się należą, Wydział Izby wniósł przedstawienie do Wydziału krajowego. Gdy jednak wydawanie zarządzeń co do wypłaty poborów nie leży w kompetencyi Wydz. krajowego, poradziliśmy dotyczącym lekarzom, aby nadto zwrócili się na drogę prawa przeciw Wydziałom powiatowym.

W sprawie obejmowania posad, opróżnionych chwilowo przez lekarzy powołanych do wojska, uchwalił Wydział, że obejmowanie to jest dozwolone tylko w charakterze zastępczym, stałe ich przyjmowanie nie jest zgodne z etyką i pociągnęłoby za sobą wdrożenie kroków dyscyplinarnych przeciw obejmującemu.

Ogłoszenie tej treści zamieścił Wydział w »Przeglądzie lek.« do wiadomości i zastosowania się przez lekarzy do Izb przynależnych.

XII. Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża zwróciło się z projektem szkolenia ociemniałych na zawodowych masażystów i z prośbą o jego zaopiniowanie. Wydział Izby, opierając się na rozp.

Ministerstwa, wydanem 18/1 r. 1895, które uważa samodzielne wykonanie masażu w celach leczniczych za jedną z metod należących do wiedzy lekarskiej, następnie mając na względzie zapobieganie partactwu lekarskiemu, wreszcie ze względu na to że zdaniem Izby do wykonywania miesienia niezbędnie jest potrzebny zmysł wzroku, zaopiniował powyższy projekt odmownie.

XIII. Poczyniliśmy starania o ułatwienie zaopatrzenia lekarzy w alkohol czysty, denaturowany i w naftę. Co do alkoholu czystego Centrala spirytusu w Wiedniu przyznała na rok 1917/18 lekarzom po 6 litrów na osobę do celów desinfekcyjnych, w myśl tego otrzymało 291 lekarzy alkohol; w grudniu otrzymaliśmy jednak zawiadomienie z Centrali, że dalszy przydział został wstrzymany z powodu braku i zapotrzebowania przez wojsko. W sprawie uzyskania spirytusu denaturowanego Ministerstwo skarbu przyznało dla okręgu naszej Izby 1660 litrów na rok 1918. Co do sposobu rozdziału jest w toku porozumienie z tutejszą Ekspozyturą spirytusu, do Ministerstwa zaś skarbu wnieśliśmy przedstawienie, że ilość przydzielonego spirytusu jest w stosunku do liczby lekarzy niewystarczająca. Pod względem ułatwień w otrzymywaniu nafty Namiestnictwo poleciło Starostwom uwzględnianie w pierwszym rzędzie lekarzy i zrównanie ich z najbardziej uprawnionymi co do poboru nafty. Na podstawie tego lekarze mają zwracać się bezpośrednio do Starostw z żądaniem większego przydziału nafty.

Wydział wyk. Izby czynił starania u Ministra żywnościowego o zaliczenie lekarzy do osób ciężko pracujących, na co atoli otrzymał odpowiedź odmowną.

W sprawie zaniechania dalszej rekwizycyi węgla i artykułów żywnościowych z Galicyi poparliśmy telegraficznie protest Izby lekarskiej krakowskiej, wniesiony osobiście przez deputacyę tej Izby u Koła sejmowego w Krakowie.

XIV. Wydział Izby pośredniczył z pomyślnym skutkiem w kilku wypadkach wypłaty zaległych rachunków za delegacye przy zwalczaniu chorób zakaźnych i szczepienie ospy. Wskutek interwencyi Wydziału w Namiestnictwie, przyspieszono wypłatę honoraryów.

W sprawie prywatnych honoraryów lekarskich na żądanie interesowanych lekarzy wydaliśmy kilka orzeczeń.

XV. Wydaliśmy na żądanie władz podatkowych liczne wyjaśnienia w sprawie zaniechania, niewykonywania, względnie zmniejszenia rozmiarów praktyki lekarskiej, te ostatecznie w tym duchu, że w okresie wojennym dochody z praktyki zmniejszyły się we Lwowie co najmniej do połowy w porównaniu z okresem przedwojennym.

XVI. Na prośbę lekarzy w Gródku zatwierdziliśmy taryfę lekarską dla tego miasta, po poczynieniu pewnych nieznacznych zmian.

XVII. Jeden z lekarzy, otrzymawszy ze Starostwa polecenie donoszenia imiennego o każdym przypadku choroby wenerycznej, zwrócił się do Izby z prośbą, jak ma postąpić, aby nie wejść w kolizyę z obowiązkiem tajemnicy lekarskiej. Wydział Izby odpowiedział, że lekarz jest obowiązany stać na stanowisku ustawowem tajemnicy lekarskiej, gdyż dotąd niema przepisów obowiązek ten znoszących, wobec czego lekarz ten zdaniem Izby nie może postąpić w myśl polecenia Starostwa.

XVIII. Wskutek powołania lekarzy do służby wojskowej ciągle się daje odczuwać, zwłaszcza na prowincyi, brak lekarzy. W okręgu naszej Izby są powiaty, pozbawione w zupełności lekarzy, inne mają bardzo niedostateczną pomoc lekarską. Wydział Izby wnosił przedstawienie w tej sprawie do władz cywilnych i wojskowych, a w ostatnim czasie odnieśliśmy się także do Namiestniczego Komitetu ratunkowego, zwracając uwagę na potrzebę powrotu i reklamacyi lekarzy dla okolic, tej pomocy pozbawionych. Do Naczelnej Komendy wojskowej zwróciliśmy się z prośbą o wyznaczenie okulisty dla miasta Stanisławowa; wskutek rozwiązania szpitala Czerwonego Krzyża we Lwowie zwróciliśmy się za pośrednictwem Magistratu o pozostawienie we Lwowie zajętych tam dotychczas lekarzy.

XIX. W sprawie powrotu władz centralnych i zniesienia cenzury wniesiono memoryał do Rządu i władz wojskowych, uchwalony na zebraniu, które odbyło się z inicyatywy naszej Izby, a na którem były obecne wszystkie instytucye i reprezentacye zawodowe. Podobne zebranie w sprawie zniesienia terenu wojennego w Galicyi odbyło się w Izbie adwokatów przy udziale naszej Izby i wspomnianych reprezentacyi zawodowych, które uchwaliło i wniosło do Rządu memoryał, z pomyślnym, jak wiadomo, rezultatem.

XX. Zażalenia w sprawie partactwa lekarskiego, których w ciągu roku było kilka, odstąpił Wydział Prokuratoryi, już też Magistratowi miasta.

XXI. Na prośbę Prezydyum Sądu krajowego wydał Wydział Izby opinie co do kwalifikacyi petentów na rzeczoznawców sądowych. Zaopiniowaliśmy kilkanaście podań o koncesye na otwarcie nowych aptek we Lwowie i na prowincyi.

XXII. Wiec Izb lekarskich nie odbył się również i w roku ubiegłym, w miejsce jego zainicyowane zostały celem utrzymania kontaktu z poszczególnemi Izbami konferencye prezydentów Izb we Wiedniu, których odbyło się w r. 1917 trzy. Przedmiotem obrad były aktualne sprawy wspólne, objęte także dzisiejszem mojem sprawozdaniem; co do obrad tych nie zapadają jednak żadne uchwały, obowiązujące wszystkie Izby.

XXIII. Rada honorowa Izby odbyła 8 posiedzeń, przedmiotem obrad i uchwał były sprawy osobiste, zażalenia stron prywatnych i ze strony władz o przekroczenie z tytułu wydania świadectw lekarskich. Z 10 rozpatrzonych spraw załatwiono 3, reszta pozostaje w toku dalszego dochodzenia.

XXIV. Wydział Izby uchwalił wdowom i sierotom po lekarzach udzielić zapomóg w kwocie 5.400 koron. Uwolniono częściowo od opłaty rocznej 17 lekarzy, odpisano opłaty z powodu przebywania poza Galicyą 8 lekarzom.

Na zakończenie podaję, że cyfrowo przedstawia się ogół czynności w ten sposób, że Wydział odbył 30 posiedzeń, liczba załatwień dokonanych przez prezydyum wynosi według protokołu podawczego: 1082.

Liczba lekarzy przynależnych wynosi nominalnie: 846 (ośmset czterdziestu sześciu).

Z tego jest:

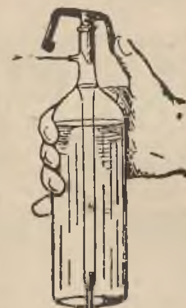
a) we Lwowie	225
b) na prowincyi	176
w niewoli	25
w służbie wojskowej	256
opuściło miejsce pobytu	148
zmarło	13
zaprzestało praktyki	3
Razem	846

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:







Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 25. Kraków, 22. czerwca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 913.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.	Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.	Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.
I	Normalna . . . . 3/4 l.	1·—	XII	Jodowa słabsza . . 3/4 l.	1·10	XXIII	Różowa mocniejsza 3/4 l.	1·20
II	Alkaliczna słabsza . » l.	95	XIII	» mocniejsza . 1/2 l.	1·10	XXIV	Ziemna słabsza . . » l.	1·10
III	» mocna . » l.	1·—	XIV	Bromowa słabsza . 3/4 l.	1·05	XXV	» mocniejsza . » l.	1·20
IV	Słona słabsza . . . » l.	1·—	XV	» mocna . . 1/2 l.	1·10	XXVI	Magnezowa różowa » l.	1·10
V	» mocniejsza . » l.	1·05	XVI	Żelazista . . . . . 3/4 l.	1·05	XXVII	Niesłona . . . . . 1/1 l.	95
VI	Alkaliczno-słona . . » l	95	XVII	Arsenawa . . . . 1/2 l.	1·10	XXVIII	Radowa czysta . . 3/4 l.	—
VII	Glauberska mocna . » l.	1·05	XVIII	Arseno-żelazista . . 1/2 l.	1·10	XXIX	» alkaliczna . » l.	—
VIII	» słabsza . » l.	95	XIX	Dyetetyczna . . . . 3/4 l.	1·—	XXX	» glauberska » l.	—
IX	Magnowa . . . . » l.	1·10	XX	Kwaskowata . . . 1/2 l.	95	XXXI	» litowa . . » l.	—
X	Wapniowa . . . . » l.	1·10	XXI	Stołowa normalna 3/4 l.	95			
XI	Litowa . . . . . . » l.	1·10	XXII	Różowa słabsza . . » l.	1·05			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »**normalna**« i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli



w Radomyślu Wielkim poleca własne przetwory:

Kamphenol Prof. Dra Chlumský'ego.

Znakomity antyseptyk przy róży, ropowicach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 5·—.

Pilulae medic. Matula.

Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin. hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są otoczone cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 6·—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii, itp. Zawiera: Żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor 3·—. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa). 207

Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci,** osobliwie w gośćcu mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 2·40, za duży Kor. 9·—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministeryum spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. — Główny skład w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: original. Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy darmo i opłatnie przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim**

Rok LVII. Kraków, 22 czerwca 1918 Nr. 25

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ś. P. ANTONI NOGA MARS

Z coraz więcej malejącego grona polskich lekarskich sił uniwersyteckich ubywa znowu jedna.

Nie w sędziwym wieku, na progu zaledwie starości odchodzi na wieczny odpoczynek Antoni Mars, pozostawiając po sobie lukę, naprawdę trudną do wypełnienia, i żal serdeczny licznych przyjaciół. Nad grobem Jego ten żal przemawia pierwszy, mówiąc, że oto śmierć zabrała człowieka zacnego i przyjaciela pewnego. A potem dopiero, kiedy się zasiada do skreślenia pożegnonnego wspomnienia, przychodzi refleksya i sięgając do zasobu wspomnień, pokazuje nam tę postać w całym jej osobistym rozwoju od lat młodzieńczych aż po chwilę skonu.

Wartość człowieka leży w jego głębi, niedostępna dla obserwatora, a często i samemu sobie nieznana. Życie dopiero przynosi ze sobą momenta, w których ta lub inna cecha uwidocznia się i staje się przez to jawną dla każdego. Wszakże męstwo poznaje się dopiero w walce, a wytrwałość w codziennym trudzie życia.

Tragedyą jest życie człowieka, od którego warunki żądają cnót, jakich nie posiada, ale większą tragedyę przechodzi ten, kto ma w sobie bogate zasoby, ale nie ma możności objawienia ich i zużytkowania.

Rozpamiętując życie ś. p. Marsa, śmiało powiedzieć możemy, że nie należał ani do tych, ani do tamtych nieszczęśliwych. Bogate miał w sobie zasoby, ale też znalazł rozległe pole, na którem mogły one dojść do pełnego wyrazu i przynieść plon obfity.

Przymioty te ujawniały się w miarę rozwoju indywidualnego. Już jako młody asystent krakowskiej kliniki okazał się wybitną siłą. Niezapomniany szef mój, ś. p. Madurowicz, stawiał Go nam nieraz za przykład, mówiąc o Nim, jako o asystencie pracowitym, oddanym całem sercem klinice i profesorowi i garnącym się ochoczo do nauki.

Ta służba w klinice, przy boku Madurowicza, wydobyła na jaw pierwszą Jego cnotę, która okazała się niezmienną Jego cechą. Była to wierność w przyjaźni. Wzruszającą była wdzięczność, jaką Antoni Mars miał dla swojego Mistrza, wdzięczność, która po śmierci profesora przeszła w kult Jego pamięci. Wierność w przyjaźni odczuwali i wysoko cenili i inni Jego przyjaciele. Wiedzieli o tem, że Antoni Mars przechowuje przyjaźń jak skarb najcenniejszy i że strzeże go gorliwie, wiedzieli też i o tem, że uczuć Jego nie osłabia odległość, gdyż doświadczyli, że węzły przyjaźni, zadzierzgnięte w młodzieńczych latach, w Krakowie, nie rozluźniają się ani na chwilę po przeniesieniu się ś. p. Marsa do Lwowa.

Ta cecha Jego serca jaśniała tem żywiej w rodzinnem kole. I w chwilach szczęścia i wtenczas, kiedy przychodziły klęski, które Go nierzadko nawiedzały, i kiedy trzeba było drżeć o życie najbliższych lub żegnać ich na wieki, widzieliśmy w Antonim Marsie najczulszego męża, ojca i brata.

Ale tkwił w Nim nadto zapał do pracy i bezustanna dążność do wywalczenia sobie pola działania. Opuściwszy asystenturę, znajduje je na terenie dydaktyki, jako docent krakowskiej wszechnicy. Wykłady Jego cieszą się wielką wziętością. Uczy z zapałem i ten zapał udziela nam, wówczas uczniom. W tem, co ex cathedra głosi, niema ani śladu oschłości lub scholastycyzmu. Wszystko tętni życiem, a przytem w wykładzie tym jest jakiś swoisty powiew swobody, jest niekiedy nawet swojski humor. Takim prelegentem pozostał przez całe życie. Uczył intensywnie, z zapałem; czuło się, jak gorąco pragnie nauczyć i jak Go cieszy to, że uczyć może, że może wielkie swoje doświadczenie i szeroką wiedzę rozdawać między słuchaczów. Jak każdy naprawdę dobry prelegent, lubił też swoje wykłady i nie uważał ich za ciężar.

Pole dydaktyki uprawiał przez lat blizko czterdzieści. Liczył też całe setki wdzięcznych uczniów pomiędzy lekarzami i dziesiątki specyalistów, którzy Mu całą umiejętność w zawodzie zawdzięczali.

A równocześnie działał na innem polu — niemniej trudnem i pełnem odpowiedzialności — na polu praktyki lekarskiej. Praktyka ta rozwija się szybko w Krakowie, potem we Lwowie. I chore, które leczył, i lekarze, którzy się z Nim przy łóżku cierpiących spotykali, zaświadczyć mogą, że ś. p. Mars był lekarzem w całem tego słowa znaczeniu. I tu żadnej oschłości, żadnego sztucznego nadawania sobie powagi, tylko serdeczność, przejęcie się cierpieniem chorej, dbałość o jej losy, sumienność i życzliwość. Miał nietylko wiedzę i doświadczenie, ale i temperament i serce lekarza i z pewnością szczęśliwym Go nazwać można, że przez tak długie lata mógł te swoje zalety zużytkowywać dla dobra chorych. Pole jego lekarskiego działania było rozległe i choć przeżyć musiał wiele zawodów i przykrości, jak każdy lekarz praktyczny, choć w zajęcie to włożyć musiał wiele serdecznego trudu, przecież miał też niewątpliwie bardzo duże zadowolenie, że patrzeć mógł na setki wyleczonych i wdzięcznych kobiet.

Dydaktyczne zajęcia i praktyka lekarska nie są jednak w stanie zaspokoić dążeń tego ruchliwego i żywego umysłu. Wśród największych trudności, przeważnie własnym sumptem, stwarza Antoni Mars nowy zakład w Uniwersytecie Jagiellońskim, pracownię ginekologiczną. W dwóch salach Collegii minoris, mieszczących ten instytut, zapanowuje życie naukowe. Profesor wnosi w nowy zakład zapał, energię i pomysły naukowe i częścią sam, częścią ze współpracownikami, wykonywa tu szereg poważnych prac naukowych. Zapalony nauczyciel i gorliwy lekarz staje się nadto poważnym naukowym badaczem. W latach tych zaznacza się nowa Jego, nieoceniona zaleta. Okazuje się organizatorem i co u nas od tego nieodłączne, agitatorem. W pracowni Jego schodzimy się, starsi i młodzi specyaliści, na pierwsze posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego. Przewodniczy Madurowicz, ale Antoni Mars jest niewątpliwie Towarzystwa tego twórcą i duszą.

Skupia w tem gronie i nas, wówczas asystentów klinicznych, i starszych praktyków ginekologów. Posiedzenia stają się częste, zajmujące i pouczające i duch panuje w Towarzystwie doskonały. Świadczą o tem »Roczniki«, które wychodzą w druku, znowu dzięki Jego energii organizatorskiej. Zakres działalności Jego rozszerza się z każdym rokiem. Wkrótce widzimy Go na krześle prezydyalnem Towarzystwa lekarskiego, które zalicza Go do najzasłużeńszych członków. Wszakżeż budowa własnego domu z Jego powstała inicyatywy.

A za lat kilka spotykamy Go na Zjazdach ginekologów zagranicznych, gdzie wkrótce staje się znaną i szanowaną postacią. On to wyprowadza nas młodszych na tę szerszą międzynarodową arenę, zapoznaje nas z zagranicznymi uczonymi i do współzawodnictwa zachęca.

Wreszcie ostatnie lata Jego pobytu w Krakowie. Znowu praca pionierska, organizatorska. Jest pierwszym profesorem samodzielnej Szkoły położnych. Wkłada w urządzenie jej i puszczenie w ruch mnóstwo trudu i naprawdę stwarza ją prawie z niczego w lokalu beznadziejnie złym, ale jedynym, jaki można było uzyskać. Pracę na tem stanowisku uważa za obywatelski obowiązek; dąży więc wytrwale do poprawy smutnych stosunków służby położniczej w kraju, zaprawia się więc na tym posterunku do działalności, jaką później rozwija jako poseł sejmowy.

Powołany na pierwszą położniczo-ginekologiczną katedrę w Uniwersytecie lwowskim, opuszcza Kraków, jako człowiek w zupełności skrystalizowany. Wiemy, że nowy profesor okaże się i tam zapalonym prelegentem i rozumnym nauczycielem, dzielnym i serdecznym lekarzem, wytrawnym pracownikiem naukowym i nieustraszonym organizatorem, i wiemy, że i tam otoczy Go grono serdecznych przyjaciół. Ze zmianą miejsca pobytu rozszerza tylko teren swojej działalności. Organizować musi pierwszą lwowską klinikę kobiecą i ująć w swoje doświadczone dłonie ster nauczania dwóch ważnych przedmiotów. Musi dalej stworzyć ognisko badań naukowych. Wszyscy wiedzą, że zrobi to doskonale i że przed żadnym trudem się nie cofnie, że przeciwnie z dziwną wytrwałością usuwać będzie zapory, które u nas, niestety, każdy człowiek czynu na drodze swojej napotyka. Jako dziekan lwowskiego Wydziału, a w wyższym jeszcze stopniu jako Rektor Uniwersytetu, okazuje się siłą pierwszorzędną i z pewnością lwowska Wszechnica zalicza Go do najzasłużeńszych członków pierwszego lekarskiego fakultetu.

W latach tych bierze ś. p. Antoni Mars na barki swoje zaszczytny ciężar posłowania na Sejm krajowy jako reprezentant ziemian limanowskich. Swoje zachowawcze przekonania polityczne wypowiada śmiało, w Sejmie jednak jest nietylko politykiem i członkiem Koła krakowskiego, ale i wybitnym pracownikiem fachowym. Myśli o poprawie szpitalnictwa i stosunków zdrowotnych kraju, a dokładnością swoich sprawozdań i gorącą wymową zyskuje dla swoich myśli zwolenników nietylko w gronie swoich politycznych przyjaciół, ale i pośród przeciwników.

Podczas wielkiej wojny opuszcza Lwów i spędza czas pewien w Wiedniu, gdzie bierze żywy udział w polskim ruchu politycznym. Z chwilą odzyskania Lwowa przez armię austryacką wraca na swoje stanowisko. Zastaje klinikę zajętą na inne cele i znowu walczy i organizuje. Wreszcie udaje Mu się stworzyć niejako na nowo klinikę; zaczyna w niej uczyć i operować. Przy jednej z septycznych operacyi kaleczy się przy myciu w palec i ulega ostremu zakażeniu. Mimo umiejętnej i serdecznej opieki lekarskiej zakażenie uogólnia się i kładzie koniec Jego pracowitemu życiu.

Ze ś. p. Antonim Marsem schodzi do grobu niezwykła i pełna indywidualizmu postać. Było w nim jakieś misterne i nierozdzielne połączenie cech polskiego ziemianina i uczonego lekarza. Ten obywatel ziemski z Limanowszczyzny wnosił ze sobą wszędzie jakąś swobodę i wesołość, humor szlachecki, niekiedy rubaszny i rozmach, w którym odczuwało się jakby powiew dawnego polskiego dworu szlacheckiego. Tkwiło to tak głęboko w naturze tego człowieka, urodzonego i wychowanego na wsi, że ten humor i ten rozmach przynosił z sobą i do sali wykładowej, i na posiedzenie naukowe, ba nawet do pałacu pruskiej Izby Panów, w której wygłaszał przed laty referat na międzynarodowym zjeździe ginekologów. Ten animusz szlachecki był w zgodzie z Jego zewnętrzną postacią i nie był u Antoniego Marsa czemś sztucznem, tylko należał do najistotniejszej treści Jego psyche. Nie opuścił Go nawet na łożu śmierci, w ostatniej bodaj rozmowie ze stroskanymi kolegami.

Z drugiej strony ten ziemianin i poseł większej własności był na stanowisku posła uczonym lekarzem, dbałym o interesa uniwersytetów, szpitali i krajowej służby zdrowia. I innych jeszcze niezwykłych skojarzeń dopatrzeć się było można w Jego naturze. W działaniu przewidujący, ostrożny, pełen refleksyi, był przytem niezwykle uczuciowym; tym uczuciom nie szkodziły widocznie »myśli zbytnio rozwinięte«. Doświadczenie lekarskie miał ogromne, ale doświadczenie to nie było u Niego »pancerzem dla piersi, w której serce nie uderza«, ani »bawełną w uszach od ludzkiego jęku«. Przeciwnie umiał kojarzyć swoje współczucie i pewną miękkość serca z zimną krwią doświadczonego lekarza i operatora. Była to natura bogata, bardzo swojska i bardzo indywidualna.

Po męsku, świadomie, wziął na siebie ogrom pracy; we wszystko, co czynił, wkładał najlepszą wolę, niespożytą energię i nieopuszczającą Go nigdy troskę o dobro Ojczyzny. Ojczyznę tę widział i w sali wykładowej kliniki i w pracowni naukowej i w Sejmie krajowym i w swoim zacisznym dworze limanowskim. Jedynem otium Jego życia był pobyt w tym ukochanym dworze. Tam wypoczywał po wszystkich trudach zawodu i tam też spoczął na wieki.

S. p. Antoni Mars mawiał nieraz, że nie zna większej rozkoszy, jak wsłuchiwanie się w szum drzew, ocieniających Jego dworek limanowski, a może, zanim zamknął oczy na wieki, w duszy powtarzał za poetą prośbę:

Na grobie mym raczcie posadzić
Dwa świerki lub dwa jesiony.

Niechajże szumią nad Jego grobem na polskim wiejskim cmentarzu i niechajże pogwary ich przyniosą Mu wieść o szczęściu Ojczyzny, którą tak miłował i dla której poniósł tyle serdecznego trudu.

Aleksander Rosner.

Prace ogłoszone drukiem:

1. Znacznych rozmiarów włókniak pozaotrzewny. Przegl. lek 1879. 2. Przebieg endemii gorączki połogowej w grudniu 1879 r. Przegląd lekarski 1880. 3. O przechodzeniu istot upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu. Z pracowni prof. Dr Browicza. Tamże 1880. 4. O cięciu cesarskiem i jego metodach. Tamże 1881. 5. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu. Tamże 1888. 6. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki. Tamże 1889. 7. Brak miesiączki do 48. roku życia. Mimowolne wywołanie tejże. Tamże 1889. 8. Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem zapomocą palca. Tamże 1889. 9. Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania. Tamże 1889. Tożsamo po niemiecku. Arch. f. Gyn. 1889. 10. Przekrój ciała osoby zmarłej podczas porodu. Akademia Umiej. 1890. Toż po niemiecku. Kraków 1890. 11. Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem. Tamże 1890. 12. Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. Tamże 1891. 13. Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa. Tamże 1891. 14. O gruczolaku złośliwym macicy (adenoma destruens uteri). Tamże 1893. 15. Przypadek endometritis tuberosa polyposa. Tamże 1893. 16. O leczeniu operacyjnem pęknięcia macicy podczas porodu. Tamże 1893. 17. Przypadek porodu u osoby cierpiącej na wadę serca. Tamże 1893. 18. Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy. Przegląd chirurgiczny 1894. 19. Maurycy Jelita Madurowicz. Przegląd lekarski 1893. Rocznik Towarzystwa ginekolog. 1894. 20. Mars A. i Nowak J. O budowie i rozwoju łożyska ludzkiego. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Lwów 1895. Akademia Umiej. w Krakowie 1895, 1896. 21. Apparatus plasticus operationes gynaekologicas illustrans. Quadrilingui: polona, gallica, germana, anglica. 1893. Tożsamo po włosku 1894. 22. Apparatus etc. additamentum primum. 1895. 23. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym. Przegląd lekarski 1896. 24. Przyczynek do etyologii świądu sromu u niewiast. Tamże 1896. 25. Angioma myxomatodes disseminatum placentae. Rocznik Tow. ginekologicznego krakowskiego 1896. Toż po niem. Monats. f. Geb. 26. Przypadek wycięcia przydatków macicy. Tamże 1897. 27. Przyczynek do etyologii chorobliwego świądu sromu. Tamże 1897. 28. Przypadek kraurosis vulvae (dyskusya z przedst. chorej). Tamże 1897. 29. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym. Tamże 1897. 30. Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy metodą A. Rosnera. Przegląd lekarski 1897. Toż po niem. Centralbl. f. Gyn. 31. Przypadek dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony przez wycięcie całkowite macicy po otworzeniu jamy brzucha. Tamże

1897. 32. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych. Tamże 1898. Toż po niem. Centrbl. f. Gyn. 33. O zbytniej ruchomości macicy. Tamże 1898. 34. Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego metodą A. Rosnera. Rocznik Tow. ginek. krak. 1898. 35. Kraurosis vulvae. Tamże. Po niem. Mon. f. Geb. 1898. 36. O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach przeznaczonych do nauczania. Przegl. lek. 1898. Toż po niem. W. kl. W. 1898. 37. Poród u cyganki. Rocznik Tow. gin. krak. 1899. 38. Uklej włóknisty u ciężarnej. Tamże 1898. 39. Kilka uwag o nowej instrukcyi dla położnych. Tamże 1898. 40. Przypadek coeliotomia vaginalis anterior. Tamże 1898. 41. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych. Przegląd lekarski 1898. 42. O próbnem otwarciu jamy brzusznej. Tamże 1899. 43. Przypadek mięśniako-włókniaków trzonu macicy. Tamże 1899. 44. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego, z uwzględnieniem naszego kraju. Tamże 1899. 45. O krwisteku (haematocele). Tamże 1900. 46. Włókniakomięśniak prawego okrągłego wiązu macicy w przewodzie pachwinowym. Tamże 1890. Toż po niem. 47. O leczeniu krwisteku omacicznego (haematocele periuterina). Tamże 1900. 48. Przypadek epispadiasis urethrae u kobiety i jeden przypadek kraurosis vulvae. Tamże. 1900. 49. O wypuszczeniu z jamy otrzewnej płynnej wypociny w przypadku ograniczonego ostrego zapalenia. Dziennik IX Zjazdu 1900. 50. O zapobieganiu gorączce połogowej. Dziennik IX Zjazdu 1900. 51. Przypadek ciąży po wyleczeniu pęknięcia macicy. Przegląd lekarski 1900. 52. Wycięcie torbieli jajnikowej i usunięcie przepukliny pępkowej. Tamże 1901. 53. Operacya wycięcia nerki u kobiety ciężarnej. Tamże 1901. 54. Przypadek kraurosis vulvae. Tamże 1901. 55. Usunięcie torbieli jajnikowej i przepukliny pępkowej. Tamże 1901. 56. O wycinaniu macicy przez pochwę. Tow. lek. lwowskie 1902. 57. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina. Tamże 1902. Toż po niem. 58. Doszczętne wyłuszczenie macicy rakowatej wraz z gruczołami według metody Wertheima. Przegl. lek. 1902. 59. Przypadek krwiaka sromu powstałego po urazie. Tamże 1902. 60. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. Tamże 1903. 61. Przedstawienie chorej z przetoką maciczno-pochwową. Tamże 1903. 62. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. Tamże 1903. 63. Przypadek rzekomego obojnactwa, leczony operacyjnie. 1903. 64. Przedstawienie chorej z guzem powłok brzusznych. Tamże 1904. 65. Przedstawienie ciekawego przypadku po operacyi i preparatu anatomicznego. Tamże 1904. 66. O zastosowaniu przyrządu oziębiającego w przypadku krwawienia z kikuta po odjęciu macicy. Tamże 1904. 67. O stosowaniu krążków w przypadkach opadnięcia macicy (prolapsus uteri). Tamże 1904. 68. Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój, wyniki. Ginekologia 1904. 69. Przypadek rozszczepu miednicy w spojeniu kości łonowych. Tyg. lek. 1906. 70. Przedstawienie dwu położnic po dokonanej hebotomii. Tamże 1906. 70. I. O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Referat na X. Z. l. i p. p. II. Nowy sposób opukiwania przez pochwę. III. Przedstawienie chorej z rozstępem miednicy. Sprawozdanie z obrad Sekcyi ginekologiczno-położniczej X Zjazdu lek. i przyr. polsk. we Lwowie 1907. 71. O leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy. Tyg. lek. 72. Przyczynek do badania ginekologicznego przez pochwę. Tamże 1907. 73. Pokaz preparatu macicy ze zgorzelinowo rozpadającym się włókniakiem. Tamże 1908. 74. a) Przypadek ropienia w prawem więzadle szerokiem. b) Preparat ciąży jajowodowej. c) Preparat ciąży śródmiąższowej. Tamże 1908. 75. Pokaz a) zgorzelinowo rozpadającego się włókniaka, b) przypadku odprowadzenia drogą krwawą wynicowanej macicy. Tamże 1908. 76. Pokaz chorej po operacyi Wertheima. Tow. lek. lwow. 1909. 77. Pokaz włókniaków macicy. Tamże. 1909. 78. Pokazy: a) guza części rodnych, b) krążka uszypułowanego. Tamże 1909. 79. Pokaz chorej z miednicą płaską. Tamże 1909. 80. Przypadek marskości sromu (kraurosis vulvae). Tamże 1910. 81. Pokazy: Ciąża jajowodowo-brzuszna. Tamże 1910. 82. Ciąża bliźniacza pozamaciczna. Tamże 1910. 83. Cięcie cesarskie, rozejście szwu. Tamże 1910. 84. Cięcie cesarskie klasyczne w oświetleniu nowszych sposobów operacyjnych. Tamże 1911. 85. Kobieta z bezwzględnem zwężeniem miednicy. Tamże 1911. 86. Przedstawienie chorej z powodu wypadnięcia macicy. Tamże 1912. 87. Sprawa chirurgicznego postępowania wobec otrzewnej na tegorocznym międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Berlinie. Tamże 1912. 88. O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej. Tamże 1912. 89. Kilka uwag o częstotliwości i wnioski z wyników leczenia operacyjnego ciąży pozamacicznej. Tamże 1912. 90. Przypadek porodu po operacyi wynicowania macicy, powstałego po porodzie. Tamże 1912. 91. A. Mars, Meisels I., Czyżewicz A., Groebel E., Jakowicki W., Kośmiński Fr. Uwagi nad obecnym stanem radyoterapii w chorobach kobiecych. Tamże 1913. 92. Mięsak macicy tyłozgiętej. Tamże 1913. 93. O tamowaniu krwotoku, pochodzącego ze znaczniejszych naddarć szyi macicy podczas porodu. Tamże 1913. 94. Jak ustrzedz się chorób wenerycznych. Wykład dla kobiet. Lwów 1917. 95. Uwagi dotyczące urządzenia nauki położnictwa i ginekologii w uniwersyteckich wydziałach lekarskich. Przegląd lekarski 1918. 96. Kilka uwag o nadmiernej ruchomości macicy. Księga pamiątkowa Uniwersytetu lwowsk. 1912. Tom I. 97. Über die peritonaeale Wundbehandlung. Verhandl. des VI internat. Kongresses f. Geb. u. Gyn. Berlin 1913. 98. Peritonitis migrans, niezwykła postać klinicznego przebiegu ostrego zapalenia otrzewnej. Przegląd chirurg. i ginek. 1914.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

W r. 1909. posłużył się Perthes metodą, podaną przez Völckera dla radiograficznego badania miedniczek nerkowych i nazwaną przez niego »pyelografią«, a polegającą na wypełnieniu dróg moczowych 5% kollargolem Obraz radiograficzny otrzymał Perthes bardzo wyraźny i należy przypuszczać, że metoda ta w przypadkach, w których cystoskopia nie będzie możliwa z jakichbądź powodów, odda cenne usługi. Później posługiwali się tą metodą Brongersma, Frisch, Hoffmann i Fischer, a ci ostatni oprócz wypełnienia pęcherza kollargolem wprowadzali do uchyłka przy pomocy cystoskopu do cewnikowania moczowodów cienki metalowy zgłębnik, który się tam zwijał i na radiogramie dozwalał ocenić wielkość i położenie uchyłka.

W przypadku, opisanym przez Fischera, wprowadzono do prawego moczowodu cewnik, a drugi cewnik wprowadzono do uchyłka, leżącego obok tegoż moczowodu; na płycie radiograficznej widać było bardzo wyraźnie oba cewniki, jeden leżący prosto w moczowodzie, a drugi zwinięty w uchyłku. Zdołano przez to oznaczyć stosunek topograficzny uchyłka do moczowodu.

Jak już powyżej wspomniano, mogą uchyłki pęcherza długi czas istnieć i nie sprawiać żadnych dolegliwości; dopiero przyłączające się powikłania zmuszają chorego do zasięgania porady i wtedy dopiero, często całkiem przypadkowo i niespodziewanie, bywa właściwa choroba rozpoznawana. Na podstawie znanego dotychczas materyału sekcyjnego można powiedzieć, że uchyłki niepowikłane pozwalają dobrze rokować co do życia. Chorzy tacy dożywają późnej starości i żadnych cierpień pęcherzowych nie doznają, a o uchyłku dowiadujemy się dopiero na stole sekcyjnym. Inaczej się rzecz przedstawia, jeżeli uchyłek ulegnie jakiemukolwiek powikłaniu. Najpoważniejszem z nich jest niewątpliwie zakażenie. Stosunek uchyłka do pęcherza, trudność opróżniania się uchyłka, spowodowana jego położeniem, wązkością otworu komunikacyjnego i niedowładem jego ściany, są przyczyną zalegania moczu i stwarzają szczególnie korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów. Ze stanowiska klinicznego musimy uważać zakażony uchyłek pęcherza za zamknięty ropień, do którego dostanie się w celu opróżnienia, czy to drogą naturalną, czy to drogą chirurgiczną, bywa bardzo trudne. Jak wyjątkowo dobre warunki istnieją w uchyłkach dla utrzymywania się zapalenia, dowodzi to, że opisywano przypadki, w których znaj-

dowano błonę śluzową pęcherza niezmienioną, a zapalenie ograniczało się wyłącznie do uchyłka; granice stanowił otwór komunikacyjny. Natężenie zapalenia może być różne, od lekkich zmian nieżytowych do daleko posuniętego zapalenia, przechodzącego z błony śluzowej na głębsze warstwy ściany uchyłka, tak że cała ściana jest zgrubiała i silnie zapalnie naciekła; w szczególnie ciężkich i zaniedbanych przypadkach może sprawa zapalna przejść na otoczenie pęcherza, na tkankę okołopęcherzową i na narządy miednicy małej, sąsiadujące z uchyłkiem; uchyłki takie mogą sposobem zwykłych ropni przebijać nawet do jamy otrzewnej i wywoływać miejscowe lub ogólne zapalenie otrzewnej.

Zakażenie z uchyłka może się rozszerzać na górne drogi moczowe, t. j. na moczowody, miedniczki nerkowe i nerki; zjawisko to spostrzega się zwykle po tej stronie, po której znajduje się uchyłek, a sprzyja mu często utrudniony odpływ moczu z miedniczki, spowodowany stosunkiem moczowodu do uchyłka. Wskutek zapalnego nacieku w otoczeniu uchyłka, bywa dolny koniec moczowodu niejako obmurowany przez tkankę zapalną, mającą tendencyę do bliznowatego kurczenia się, a ściana moczowodu przez to, jakoteż i przez to, iż i sama ulega naciekowi zapalnemu i następowemu zbliznowaceniu, traci na kurczliwości, przez co znowu cierpi odpływ moczu z nerki.

Z innych spraw, wikłających uchyłki pęcherza, opisano zwężenia cewki moczowej i przerost gruczołu krokowego. Uchyłek istniał w tych przypadkach jako sprawa wrodzona i dopóki nie było przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, chorzy ci nie odczuwali żadnych dolegliwości; dopiero w późniejszym wieku przyłączające się przeszkody w odpływie moczu zmusiły chorych do szukania porady lekarskiej.

Ostatnimi czasy Perthes, a dawniej Targett i Englisch opisali uchyłki prawdziwe, w których znajdowali nowotwory, i to zazwyczaj, jak i w przypadku Perthesa, uszypułowane brodawczaki. Brodawczaki te bywały tak duże, że wypełniały cały uchyłek. Z objawów wysuwają się wówczas na pierwszy plan obfite krwawienia. Hoffmann podaje przypadek, gdzie w uchyłku znaleziono podczas operacyi raka, Targett zaś znajdował oprócz brodawczaków nie złośliwych dwa razy raka, a raz mięsaka. W przypadku Hofmokla znajdowały się na dnie uchyłka liczne długie brodawkowate wyrośle.

Duże znaczenie dla uchyłków mają kamienie, stosunkowo często w nich spostrzegane. Englisch przyjmuje, że mogą one w dwojaki sposób powstawać; albo kamień uchyłka jest pierwotny, powstający na miejscu, a wtedy składa się z soli fosforanowych, albo dostaje się on do uchyłka następowo, a pochodzi z nerki i składa się wówczas z soli kwasu moczowego lub szczawianów. W jednym uchyłku znajduje się zwyczajnie jeden kamień, może ich jednak być i więcej, jak w przypadku van Dama, a co zresztą i dawniej spostrzegano. Jeżeli kamień jest nieruchomy, wypełnia cały uchyłek i niema zakażenia, to stanowi on względnie łagodne powikłanie; przy ruchomości może sprawiać duże cierpienia, charakterystyczne dla kamienia, a przy równoczesnem zakażeniu pogarsza znacznie rokowanie.

Niepowikłane przypadki uchyłka pęcherza nie potrzebują leczenia; przypadki takie rzadko się spotyka, gdyż chorzy, nie mając dolegliwości, nie szukają porady lekarskiej. Jeżeli zaś, badając chorego w innym kierunku, odkryje się obecność uchyłka w pęcherzu, to niema wskazania do żadnego zabiegu, a rokowanie u tych chorych, o ile dotyczy samego uchyłka, jest dobre.

Najczęstszą sprawą, która chorych z uchyłkiem sprowadza do lekarza, jest zupełne zatrzymanie moczu lub dolegliwości, spowodowane zakażeniem, które ogranicza się bądź do uchyłka i pęcherza, bądź też rozciąga się także na górne drogi moczowe, t. j. miedniczki i nerki. W przypadkach takich zadaniem naszem jest stworzyć jaknajrychlej warunki, wśród których powróciłby wolny odpływ moczu, gdyż, jak doświadczenie Englischa poucza, śmiertelność w tych warunkach wynosi 83·1%.

Najzwyklejszym zabiegiem, mającym na celu opróżnienie pęcherza z zalegającego moczu i oczyszczenie go z ropy, jest oprócz środków odkażających mocz, podanych wewnętrznie, cewnikowanie z dokładnem przepłukiwaniem pęcherza jakimś lekkim roztworem odkażającym n. p. kwasem borowym. Zabieg ten jednak, choćby bardzo gorliwie i dokładnie wykonywany, rzadko wiedzie do dobrego wyniku, gdyż prawie nigdy nie udaje się w ten sposob wyprowadzić wszystkiego moczu, zalegającego i rozkładającego się w uchyłku. Gdyby można zawsze dostać się cewnikiem do uchyłka, dotrzeć aż do jego dna, to mogłoby się to udać, ale wprowadzenie cewnika do uchyłka jest przy największej zręczności i użyciu różnych cewników niezawsze możliwe, a nawet z pewnością w większości przypadków niewykonalne. Cewnikowanie może mieć tylko racyę w przypadkach bardzo zaniedbanych, gdzie wskutek daleko posuniętej sprawy ropnej w uchyłku ucierpiał tak dalece ogólny stan chorego, że zabieg chirurgiczny może być dla chorego niebezpieczny, a i dla chirurga praca wśród bardzo septycznych warunków się nie uśmiecha. W innych warunkach cewnikowanie nie powinno być stosowane, gdyż nie wiedzie do celu.

Już większe znaczenie dla leczenia uchyłków pęcherza ma stałe sączkowanie (zdrenowanie) zakażonego uchyłka, jako zabieg zachowawczy względnie przygotowawczy. Właściwie należy go używać tylko jako przygotowawczego; jak tylko miejscowe stosunki się poprawią, t. j. uchyłek zmniejszy się nieco, a wydzielanie ropy stanie się również mniejsze, należy przystąpić do zabiegu doszczętnego. Nigdy nie należy się spodziewać, jak to Englisch myślał, ażeby przez założenie przetoki można zawsze sprowadzić zupełne zniknięcie uchyłka. Słusznie Cholzoff podnosi, że to jest możliwe przy uchyłkach wrzekomych nabytych; ale uchyłki prawdziwe, które po największej części są sprawą wrodzoną, mogą po założeniu przetoki co najwięcej zmniejszyć się, ale nigdy nie znikną.

Co do miejsca, w którem należy przetokę założyć, to zależy to od siedziby uchyłka; przy uchyłkach na przedniej lub bocznej ścianie pęcherza można założyć przetokę nadłonową, przy uchyłkach, wychodzących z tylnej ściany i leżących głęboko w miednicy małej, można założyć sączek przez cięcie na kroczu (boutonnière). Sączkowanie uchyłka u kobiet przez pochwę wydaje się nam drogą najmniej odpowiednią, jakkolwiek niektórzy autorowie zalecają ten sposób i przenoszą go nawet nad przetokę nadłonową (van Dam).

Lennander, Serralach i Ljunggren obrali za cel zabiegu chirurgicznego zniesienie przegrody pomiędzy pęcherzem, a uchyłkiem i stworzenie przez to jednej wielkiej jamy; Lennander chwytał przegrodę kleszczykami, przecinał i podwiązywał; Serralach wprost kilkakrotnie przeciął przegrodę, a Ljunggren stworzył anastomozę pomiędzy pęcherzem a uchyłkiem. Pierwszy z tych operowanych zginął, drugie dwa przypadki co do czynności nie wiele się poprawiły. Pagenstecher podnosi duże niebezpieczeństwo przy tej metodzie operowania, które wynika z nieznajomości stosunku otrzewnej, moczowodu i naczyń krwionośnych do przegrody; wszystkie te narządy mogą być przy tem operowaniu skaleczone; wyraża on zdanie, że ten sposób operowania nadaje się co najwyżej u dzieci i wyniszczonych starców, u których zabieg doszczętny jest stanowczo wykluczony. Hochenegg, nie mogąc w pewnym przypadku wyciąć uchyłka (przypadek opisany przez Hoffmana), naciął również przegrodę, lecz po kilku tygodniach wykonana cystoskopia stwierdziła, że przegroda znowu się zrosła, a wielkość otworu była taka, jak przed operacyą.

Pousson poleca dla uchyłków, mocno z otoczeniem zrostami połączonych, których wycięcie doszczętne jest technicznie bardzo trudne lub niemożliwe, nacięcie wzdłuż brzegu otworu komunikacyjnego i odświeżenie brzegów, a następnie zeszycie osobno uchyłka i osobno pęcherza. Van Dam bardzo się za tą metodą oświadcza, radzi tylko zeszywać pęcherz i uchyłek nie równolegle, lecz w dwóch kierunkach, krzyżujących się ze sobą, a następnie wszywać uchyłek w powłoki, ażeby go uczynić dostępnym dla następowego leczenia na wzór torbieli trzustkowych i t. p. Metoda ta wydaje się bardzo niedostateczną, a leczenie następowe bardzo długie i dla chorego uciążliwe.

Więcej szans powodzenia ma sposób, zastosowany w jednym przypadku przez Eiselsberga. Wypreparował on uchyłek zewnątrzpęcherzowo i nie otwierając wgłobił do pęcherza, a odświeżywszy nieco, w pasie komunikacyjnym zeszył szwami węzełkowymi. Chory ten umarł po trzech miesiącach w następstwie zapalenia nerek i miedniczek nerkowych; sekcya zwłok wykazała, że to proste zaszycie uchyłka doprowadziło do jego zniknięcia, uzyskano zatem co do samego uchyłka zupełne wyleczenie.

Najważniejszą jednak metodę operowania uchyłków pęcherza stanowi doszczętne usunięcie uchyłka. Z powyżej przytoczonych sposobów operowania można czasem w wyjątkowych przypadkach zrobić użytek, jednak za normalny i właściwy sposób operowania uchyłka należy uważać jego całkowite wycięcie. Poraz pierwszy wykonał doszczętne wycięcie uchyłka pęcherza Czerny w r. 1897. Przypadków takich opisano dotychczas dziewietnaście, wliczając w to już także mój przypadek, który poniżej opiszę.

Uderzającą jest ta okoliczność, że na te dziewietnaście przypadków, operowanych doszczętnie, tylko jeden zakończył się śmiercią (przypadek Riedla), co odpowiada 5·5% śmiertelności. Śmiertelność taka, jeżeli się uwzględni ciężkość tych przypadków, zazwyczaj powikłanych, i ciężkość samego zabiegu, wydaje

się bardzo nizką. Niewątpliwie odnieść to należy do doskonałej techniki operatorów, ale mimowoli nasuwa się sceptyczna myśl, że przypadki nieszczęśliwe niechętnie bywają ogłaszane, a przypuścić trzeba, że dzisiaj, w epoce cystoskopii, przypadki doszczętnego operowania uchyłków nie muszą należeć do nadzwyczajnych rzadkości.

Skoro rozpoznanie uchyłka jest pewne i skoro wystąpią groźne powikłania, jak zakażenie lub zatrzymanie moczu, nie należy długo zwlekać z zabiegiem doszczętnym, o ile tylko ogólny stan chorego na to pozwala. Jeżeli siły chorego są dobre, to choćby i sprawa zapalna była dużego nasilenia, lepiej zaraz operować doszczętnie, aniżeli uciekać się do wątpliwej wartości zabiegów przygotowawczych, gdyż doświadczenie pouczyło, że nietylko nie uzyskuje się polepszenia, lecz często następuje i pogorszenie sprawy zapalnej, a często także i miejscowe warunki dla zabiegu doszczętnego pogarszają się. Sprawa zapalna nie powinna właściwie nigdy stanowić przeciwwskazania, bo dopóki się nie usunie uchyłka, nie można liczyć na jej wyleczenie, natomiast operowane przypadki dowodzą, że zapalenie błony śluzowej pęcherza po operacyi szybko się poprawia.

Bardzo ważną sprawą jest wybór drogi, którą należy w danym przypadku obrać, ażeby stworzyć wygodny dostęp do uchyłka. Sprawę tę niełatwo rozstrzygnąć pomimo doświadczenia, zdobytego na tych dziewietnastu doszczętnie operowanych przypadkach, i pomimo najdokładniejszego określenia położenia uchyłka przed zabiegiem. Za idealną drogę należałoby uważać cięcie nadłonowe, a dalej operowanie zewnątrzotrzewne i zewnątrzpęcherzowe. Sposób ten możliwy jest zawsze przy uchyłkach na przedniej ścianie pęcherza, również dobrą jest ta droga dla uchyłków bocznych z ujściem moczowodu do uchyłka, jak tego dowodzi i mój przypadek. Ponieważ atoli w przypadku tym otwór komunikacyjny leżał bardzo nizko i z tyłu pęcherza, a ujście moczowodu znajdowało się na przejściu pęcherza w uchyłek, dowodziłby on także, że i dla uchyłków na tylnej ścianie pęcherza nadaje się cięcie nadłonowe. Jeżeli się preparuje we właściwej warstwie i dobrze odsunie ku górze otrzewnę, to uzyskuje się doskonały dostęp do otworu komunikacyjnego, choćby bardzo nizko i z tyłu leżącego, a dalsze losy operacyi zależne będą od dokładnego szwu pęcherza i dobrego osączkowania jamy pozapęcherzowej.

Drogi, jakiemi wycinano doszczętnie uchyłki pęcherza, przedstawiają się w następujący sposób:

I. Przez pochwę.
II. Przez resekcyę kości krzyżowej.
III. Przez cięcie nadłonowe.

Z cięcia nadłonowego operowano zaś:

a) wewnątrzotrzewnie (transperitoneal)
b) zewnątrzotrzewnie (extraperitoneal).

Przy operowaniu zewnątrzotrzewnem rozróżnić należy jeszcze trzy poddziały: 1) śródpęcherzowo (transvesical) 2) zewnątrz i wewnątrzpęcherzowo (extra i intravesical) i 3) zewnątrzpęcherzowo (extravesical).

Zanim przejdę do omówienia swojego przypadku i szczegółów operacyi, przytoczę w kilku słowach dotychczas operowane przypadki w ugrupowaniu, jakie nadałem im w powyższym schemacie.

I. Należy tutaj przypadek Péana, charakterystyczny tem, że dotyczy jedynej kobiety; zresztą wszystkie uchyłki operowano u mężczyzn. Péan operował z cięcia przez pochwę, poczem zaszył ranę na głucho i uzyskał zupełne wyleczenie.

II. Pagenstecher zajmuje również odosobnione stanowisko; w przypadku jego leżał duży uchyłek w okolicy ujścia lewego moczowodu, moczowód uchodził do uchyłka. Pagenstecher wykonał naprzód cięcie nadłonowe i osączkował uchyłek, a po uzyskaniu poprawy nieżytu błony śluzowej przystąpił do drugiego aktu operacyi. Ten drugi akt polegał na czasowej resekcyi kości krzyżowej, odsunięciu odbytnicy na prawo, wypreparowaniu uchyłka od tyłu, odcięciu uchyłka i moczowodu, a następnie wszczepieniu moczowodu w otwór pęcherza, powstały po wycięciu uchyłka; sączek, który służył do osączkowania pęcherza, a założony był jeszcze przy pierwszym zabiegu, pozostawiono, a tylną ranę wysączkowano. Gojenie było uporczywe, a po pół roku utrzymywała się jeszcze przetoka krzyżowa.

III. a. Należą tutaj przypadki Riedla, oraz przypadki Eiselsberga, ogłoszone przez Wagnera. Riedel operował dwuczasowo, naprzód wykonał kroczowe wycięcie sterczu (prostatectomia perinealis, excochleatio prostatae) i założył boutonnière, po kilku tygodniach wykonał z cięcia nadłonowego wycięcie uchyłka śródotrzewnie; zabieg trwał prawie trzy godziny, a chory zmarł na drugi dzień. — Eiselsberg operował jednoczasowo uchyłek na przedniej ścianie pęcherza; cięcie nadłonowe, przecięcie otrzewnej, tępe wypreparowanie uchyłka i wycięcie na zewnątrz pęcherza; pęcherz zeszył na głucho, ranę w powłokach wysetonował, a przez cewkę założył cewnik na stałe. Mała przetoka nadłonowa zagoiła się po $10^1/_2$ tygodniach, a chory wolny od dolegliwości opuścił klinikę.

III. b. 1. Van Dam opisuje przypadek dużego uchyłka na tylnej ścianie pęcherza, który wyciął z cięcia nadłonowego śródpęcherzowo. Uchyłek dał się łatwo wgłobić kleszczykami Museuxa do wnętrza pęcherza i po nacięciu na tępo wypreparować i odciąć. Van Dam zaszył następnie otwór na tylnej ścianie pęcherza, przednią ścianę pęcherza również zaszył, a wreszcie zaszył powłoki na głucho; pozostawił jedynie tylko cewnik na stałe. Pomimo zakażenia błony śluzowej uchyłka i pomimo że nie osączkowano jamy, pozostałej na uchyłku, gojenie nastąpiło doraźnie, a operowany był po 20 dniach zupełnie zdrów. Metoda ta, jakkolwiek dała tak dobry wynik, nie jest pozbawiona poważnego niebezpieczeństwa; naprzód przy wyciąganiu kleszczykami uchyłka do wnętrza pęcherza można łatwo skaleczyć narządy, z uchyłkiem zrośnięte, jak naczynia krwionośne, kiszkę, moczowód; powtóre tylko jeżeli błona śluzowa pęcherza i uchyłka jest nie zakażona, możnaby się zgodzić na zaszycie powłok na głucho; zresztą sączkowanie rany jest wskazane.

Yong operował także w ten sam sposób mały uchyłek na bocznej lewej ścianie pęcherza, tylko sączkował jamę pooperacyjną przez krocze i uzyskał również wyleczenie.

III. b. 2. Do grupy tej należą przypadki, operowane przez Czernego, Yonga, Zaaijera, Pertesa, Ebertsa, Laura. W przypadku Czernego chodziło o uchyłek w okolicy ujścia lewego moczowodu; moczowód uchodził do uchyłka. Czerny operował dwuczasowo, naprzód osączkował pęcherz przez przetokę nadłonową, a po czterech tygodniach wyciął uchyłek, operując tą samą drogą wewnątrz i zewnątrzpęcherzowo, a moczowód wszczepił do pęcherza w miejscu wycięcia uchyłka; uzyskał wyleczenie. Yong operował jednoczasowo uchyłek na przedniej ścianie pęcherza tą samą skombinowaną metodą zewnątrz i wewnątrzpęcherzową, a ponieważ nie było zakażenia błony śluzowej, zaszył na głucho i uzyskał szybkie wyleczenie.

III. b. 3. Do tej grupy należą przypadki, operowane z cięcia nadłonowego, zaotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo. W ten sposób operowali Yong, Brongersma, Kreus, Lerche i Wulff, sączkując pęcherz i setonując ranę. Czterej pierwsi operowali jednoczasowo. Lerche w swoim przypadku zrobił cięcie nadłonowe, operował jednoczasowo, zaotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i wszczepił w ścianę pęcherza lewy moczowód, uchodzący do uchyłka. Przypadek Wulffa tem się różni od poprzednich, że cięcie skórne przebiegało równolegle do przebiegu prawego więzadła Pouparta, a operacya odbyła się dwuczasowo, w trzy tygodnie po założeniu przetoki pęcherzowej.

Do tej grupy zalicza się także i mój przypadek, który operowałem na oddziale IV w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

Piotr Iwan Ł., szeregowiec, jeniec rosyjski, wzięty do niewoli 8. XII. 1914 r., pochodzący z Żołtikowa, gubernia Władymirska, przyjęty na oddział 8. X. 1917.

Wywiady: Chory liczy obecnie lat 30. O przebytych chorobach wieku dziecięcego nie umie nic podać. W r. 1905 przebył dur brzuszny. Do roku 1909 nie odczuwał żadnych dolegliwości ze strony narządu moczowego; w tymże roku rozpoczęły się dolegliwości, które na tem polegały, że chory zmuszony był podczas dnia częściej mocz oddawać, aniżeli dawniej. W r. 1915. zachorował na ropny wypływ z cewki moczowej, który trwał krótko, około tygodnia, a gdy ustąpił, pojawiły się dolegliwości ze strony pęcherza, które do dnia dzisiejszego się utrzymują; wówczas podczas owego ropnego wypływu z cewki moczowej miało dojść do zatrzymania moczu i w celu wypuszczenia moczu założono jednorazowo cewnik gumowy. Obecnie dolegliwości polegają na częstszem parciu na mocz, dwa do trzech razy na godzinę, tak w dzień, jak i w nocy. Podczas oddawania moczu doznaje chory silnego pieczenia w cewce moczowej, mocz odchodzi zawsze w małych ilościach, ale łatwo.

Stan obecny: Osobnik dobrze rozwinięty i dobrze odżywiony; skóra i błony śluzowe nieco bledsze. Oglądaniem nie stwierdza się na narządzie moczowym nic nieprawidłowego.

Badanie zgłębnikiem metalowym wykazuje mały beleczkowaty pęcherz; jeżeli się dziób zgłębnika skręci na prawo (90°) i popchnie ku górze, daje się zgłębnik z łatwością wprowadzić do jakiejś wolnej przestrzeni, poczem wydobywa się około 300 cm³ mętnego cuchnącego moczu. Po wstrzyknięciu do pęcherza 400 cm³

płynu wyczuwa się ponad spojeniem łonowem i na prawo od linii środkowej miękki guz, wielkości średniej pięści, który znika po wypuszczeniu wstrzykniętego do pęcherza płynu. Badanie przez odbytnicę, tak przy wypełnionym, jakoteż przy opróżnionym pęcherzu, nie wykazuje nic nieprawidłowego; także i badaniem dwuręcznem, równocześnie przez odbytnicę i powłoki brzuszne, nic szczególnego nie stwierdza się. Przy ucisku od zewnątrz na pęcherz odczuwa chory ból i doznaje uczucia parcia na mocz. Zresztą jest całe podbrzusze tkliwe na ucisk, szczególniej po prawej stronie. Gruczoł krokowy prawidłowych rozmiarów.

Poza dolegliwościami w oddawaniu moczu czuje się chory podmiotowo dobrze, ma dobry apetyt i sen; jednakowoż co pewien nieokreślony czas dostaje nagle dreszczu, podwyższenia ciepłoty ciała powyżej 39° C i uczucia ogólnego rozłamania. Po dokładnem przepłukaniu pęcherza i zażywaniu urotropiny z salolem objawy te po paru dniach znikają.

Badanie moczu: Mocz jest miernie mętny, kwaśny, z małą ilością białka, o wyraźnej woni siarkowodoru. Badanie bakteryologiczne wykazuje bogatą florę ziarenkowców i laseczników. W osadzie znajduje się minimalna ilość ropy.

Dnia 8. XI. 1917. wykonano pierwszą cystoskopię przy wypełnieniu pęcherza 200 cm³ płynu. Cystoskopia ta wykazuje: Błona śluzowa pęcherza równomiernie szaro-czerwono zabarwiona i pomarszczona. Obrysy wszystkich naczyń zatarte. Zmiany te dotyczą równomiernie całej błony śluzowej, a także szyi pęcherza i okolicy ujść obu moczowodów; moczowodów tych jednak nie widać z powodu obrzęku i pofałdowania błony śluzowej. Na prawej bocznej ścianie, mniejwięcej w połowie i nieco ku dołowi, widać czarny otwór, wielkości korony, którego brzeg jest promienisto pofałdowany; brzeg ten od czasu do czasu widocznie zwęża się i rozszerza. Przez otwór ten można wsunąć cystoskop do przestrzeni, wielkości średniej pomarańczy, o gładkich ścianach; ściany te są jednostajnie żywo-czerwono zabarwione. Obrysów naczyń nigdzie nie widać.

D. 18. XI. 1917. wykonano powtórną cystoskopię przy wypełnieniu pęcherza 500 cm³ płynu. (Przez 10 dni pobierał chory urotropinę z salolem i miał codziennie dwa razy przepłukiwany pęcherz). Błona śluzowa mniej zaczerwieniona, aniżeli podczas pierwszej cystoskopii, a drobne tętniczki zarysowują się tu i owdzie całkiem wyraźnie; to zmniejszenie się obrzęku błony śluzowej pęcherza jest następstwem codziennych przepłukiwań. W następstwie tego dużego wypełnienia płynem przedstawia się błona śluzowa nie tak pofałdowaną, jak przy poprzedniej cystoskopii. Ujść moczowodów i dziś jeszcze stwierdzić nie można. Otwór do uchyłka przedstawia się dzisiaj, jak poprzednio. Po przejściu otworu i dostaniu się do uchyłka stwierdzić można, że błona śluzowa uchyłka jest o wiele czerwieńsza, aniżeli błona śluzowa pęcherza. Pęcherz sprawia wrażenie pęcherza o wiele mniejszego, aniżeli to prawidłowo bywa; uchyłek sam przewyższa pęcherz pod względem wielkości co najmniej dwa razy. Wejście do uchyłka jest bardzo łatwe, należy tylko dziób cystoskopu lekko na prawo skręcić, a następnie popchnąć ku przodowi.

10. XII. 1917. III Cystoskopia. Wstrzyknięto indigo-karmin. Wypełnienie pęcherza 300 cm³ płynu. Błona śluzowa pęcherza i uchyłka okazuje się nieco więcej zaczerwienioną, aniżeli przy ostatniej cystoskopii. Ujście lewego moczowodu dało się łatwo znaleść, a po 15 minutach wydzielał się z niego barwik miernie obficie. Ujścia moczowodu prawego nie można było znaleść. Nie jest wykluczone, że uchodzi on do uchyłka. Mocz, wypuszczony z pęcherza cewnikiem po 20 minutach, okazywał wyraźnie niebieskie zabarwienie.

2. II. 1918. Przez cały czas dotychczasowej obserwacyi, zażywa chory urotropinę z salolem, dwa razy na dzień przepłukuje mu się pęcherz, a właściwie uchyłek, gdyż z łatwością zawsze do uchyłka dostać się można; przepłukiwanie odbywa się wyjałowionym rozczynem kwasu borowego i lapisem 1°/₀₀. Ogólny stan chorego znakomicie się poprawił, chory przytył znacznie, jednakowoż dolegliwości moczowe utrzymują się jak poprzednio. Od pięciu dni zaczął chory gorączkować do 38·5° C, skarży się na ogólne rozłamanie, brak apetytu, pragnienie, ból głowy, ból brzucha, szczególnie po prawej stonie. Dolegliwości moczowe zaostrzyły się. W prawem podżebrzu wystąpił łatwo wyczuwalny, a bardzo bolesny guz, odpowiadający prawej nerce. Biegunka.

7. II. 1918. Biegunka ustała. Również ustąpiły boleści brzucha i zaostrzenie dolegliwości moczowych. Guz w podżebrzu prawem znakomicie zmalał i stał się przy dotyku znacznie mniej bolesnym. Ciepłota spadła do poziomu prawidłowego.

Wobec tego, że miejscowe objawy w pęcherzu, pomimo codziennego przepłukiwania i zażywanych środków odkażających mocz nie ustępowały, a nawet wystąpiły objawy zaostrzenia sprawy zapalnej i objawy zapalnego zajęcia prawej miedniczki nerkowej, postanowiłem dłużej nie zwlekać, lecz przystąpić do operacyi.

Dnia 12. II. 1918. wykonałem operacyę. Uśpienie eterowe, po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny. Przed rozpoczęciem operacyi założono cewnik gumowy, przepłukano pęcherz i wypełniono go 200 cm³ kwasu borowego. Cewnik pozostawiono i zamknięto go kleszczykami. Cięcie w linii środkowej brzucha, 5 cm. poniżej pępka do spojenia łonowego. Po odsłonięciu pęcherza okazało się, że ściana jego jest niezwykle gruba, a pojedyncze wiązki mięsne silnie się zarysowały. Następnie odpreparowano otrzewnę, pokrywającą pęcherz na górnej i tylnej ścianie, przyczem stwierdzono, że od szczytu pęcherza ciągnął się ku górze twór walcowaty, grubości małego palca, długości 6 cm; twór ten, który mógł być tylko niezanikłym moczownikiem, obcięto, a miejsce po jego odcięciu obszyto katgutem. Po odsunięciu otrzewnej z tylnej ściany pęcherza wyłonił się uchyłek, który wielkością przewyższał znacznie rozmiary samego pęcherza i wypełniał całą zatokę Douglasa po stronie prawej. Otrzewna dała się dosyć łatwo oddzielić od przedniej ściany uchyłka. Wypreparowując na tępo uchyłek od góry i spodu, zauważono, że tkanki w miednicy małej, z nim sąsiadujące, są zapalnie naciekłe; większych trudności jednakowoż przy odpreparowaniu uchyłka nie było. Uchyłek wypreparowano w całości aż do miejsca połączenia z pęcherzem; połączenie to znajdowało się na tylnej i prawej ścianie pęcherza. Moczowód grubości małego palca, przebiegał na przestrzeni kilku centymetrow na ścianie uchyłka i uchodził do pęcherza na granicy łączącej go z uchyłkiem. Miejsce to wyczuwało się, jako wyraźnie zgrubiałe, od silnie zaznaczonych mięśni i zapalnie naciekłe; wypreparowanie tego miejsca od otaczających tkanek przedstawiało trudności z powodu silniejszych zlepów i zrostów. (W tych zrostach i zbliznowaceniu całej tej okolicy, gdzie moczowód uchodził do pęcherza, należy upatrywać przyczyny w utrudnieniu odpływu moczu z moczowodu do pęcherza). Moczowód tuż przy ujściu do kanału komunikacyjnego przecięto, następnie założono dwoje zakrzywionych kleszczyków (pinces) na część komunikacyjną i uchyłek pomiędzy kleszczykami odcięto. Koniec moczowodu wynicowano, przecinając go w dwóch miejscach i przyszywając powstałe stąd płatki szwami katgutowymi. Następnie zeszyto otwór w pęcherzu dwoma piętrami szwów katgutowych, a w górną część tego otworu wszczepiono moczowód. W jamę powstałą po wypreparowaniu uchyłka założono sączki; również i do przestrzeni Retziusa założono sączek i dren. Zresztą powłoki brzuszne zeszyto, zostawiając tylko miejsce dla przejścia sączków. Cewnik na stałe.

Przebieg pooperacyjny był dobry; wprawdzie drugiego dnia po operacyi wieczór, wzniosła się ciepłota ciała do 39·2° C, jednakowoż czwartego dnia opadła już całkowicie do stanu prawidłowego. Piątego dnia po operacyi zmieniono sączki, które okazały się nieco moczem przesiąknięte. Pod koniec trzeciego tygodnia wystąpiło ostre zapalenie prawego najądrza z podwyższeniem ciepłoty do 39·8° C, które po dziewięciu dniach ustąpiło bez śladu. Po 43 dniach zagoiła się całkowicie rana w powłokach brzusznych i w tym dniu, t. j. 27. III. 1918. usunięto cewnik.

Badanie, wykonane w dniu 7. IV. 1918, wykazuje: Rana pooperacyjna zupełnie zagojona. Chory oddaje mocz samoistnie w normalnych odstępach czasu i bez wszelkich dolegliwości. Mocz jest prawie przeźroczysty ze śladzikiem białka. Cystoskopia, wykonana przy wypełnieniu pęcherza 200 cm³ płynu, stwierdza: Błona śluzowa pęcherza jasna, gładka, nieco więcej nastrzykana; obrysy nawet najmniejszych naczyń tętniczych wyraźne. Ujście lewego moczowodu w prawidłowem położeniu i o prawidłowym wyglądzie. Na bocznej prawej ścianie pęcherza podługowata, lekko wciągnięta blizna; w górnym brzegu tej blizny znajduje się pagórkowate wzniesienie, a na szczycie tego wzgórka widać okrągły, ziejący otwór; z tego otworu wydobywa się okresowo strumień czystego moczu.

Badanie anatomiczne wyciętego uchyłka, wykonane przez prof. Glińskiego: Uchyłek kształtu prawie kulistego, lekko tylko przypłaszczony o następujących wymiarach: długość 8 cm, szerokość 7·5 cm, głębokość 5·3 cm. Otwór, za pośrednictwem którego uchyłek komunikował z pęcherzem, jest okrągły około 2·5 cm średnicy, obrębiony miejscami lekko nazewnątrz wywiniętą błoną śluzową. Zgrubienia ściany w brzegach otworu nie zauważa się. Wnętrze uchyłka jest wysłane błoną śluzową, która

jest lekko pofałdowana, jakby guzkowata, biało zabarwiona; miejscami jest ona więcej wygładzona i zabarwiona blado-żółtawo-brunatnawo. Grubość ściany uchyłka wynosi 3—5 mm.

Po ustaleniu uchyłka wycięto do badania drobnowidowego dwa kawałki: jeden z brzegu otworu komunikacyjnego z pęcherzem (około 1 cm długi), drugi z pogranicza ściany bocznej i dna uchyłka (około 2 cm długi.)

Badanie drobnowidowe obydwu tych wycinków stwierdziło co następuje:

I. Wycinek z brzegu otworu:

Powierzchnia wycinka jest pokryta wielowarstwowym nabłonkiem, wogóle o prawidłowem wejrzeniu, tylko dość silnie naszpikowanym leukocytami wielojądrzastymi. Grubość nabłonka jest dość równomierna, powierzchnia pofałdowana.

Pod nabłonkiem nierównomiernie gruby pokład wogóle dość wiotkiej tkanki łącznej, tworzącej liczne brodawki; tkanka ta jest dość silnie obrzękła; naczynia w niej porozszerzane, nierównomiernie dość silnie drobno-komórkowo naciekłe z dość znaczną domieszką leukocytów wielojądrzastych. Nacieki te są już to usadowione tylko około naczyń, luźne, już też tworzą rozległe zbitsze pokłady.

Na zewnątrz od błony śluzowej i podśluzowej cienki pokład podłużnie przeciętych włókien mięśni gładkich; pokład ten jest dość jednolity, grubieje nieco w kierunku ku uchyłkowi; wśród niego zauważa się tylko bardzo nieliczne poprzecznie przecięte pasma mięsne; gdzieniegdzie tylko nieco rozleglejsze przerwy pomiędzy mięśniami, utworzone przez tkankę włóknistą; w tkance śródmięśniowej nieznaczne drobne nacieki drobno-okrągłokomórkowe.

Jeszcze bardziej ku zewnątrz od tej podłużnej warstwy mięsnej znajduje się stosunkowo najgrubsza warstwa, składająca się głównie z grubych belek zbitej tkanki włóknistej, ułożonych przeważnie równolegle do powierzchni uchyłka. Wśród tej tkanki łącznej znajdują się dość skąpe, lecz nierównomiernie rozmieszczone, częściowo bardzo szczupłe, jakby zanikające, częściowo dobrze rozwinięte, przecięte już to podłużnie już poprzecznie pęczki mięśni gładkich. Pęczki te znajdują się głównie w środkowej części tej warstwy, miejscami jednak podchodzą aż w obręb jej części obwodowych. Głównie, również w obwodowych częściach tej grubej warstwy zauważa się mniejsze i większe gniazdka tkanki tłuszczowej. W całej tej grubej warstwie naczynia są przeważnie porozszerzane. Około naczyń, zrzadka tylko po za niemi, dość obfite, sięgające aż do samego obwodu uchyłka nacieki drobno-okrągło-komórkowe z dość znaczną domieszką komórek plasmatycznych i z nielicznymi leukocytami wielojądrzastymi.

II. Wycinek z bocznej ściany uchyłka:

Budowa tutaj jest zasadniczo takasama, jak w wycinku pierwszym. W nabłonku powierzchniowym leukocyty są nieco skąpsze, niż tam, natomiast nabłonek ten jest miejscami — zwłaszcza tuż pod powierzchnią — jakby napęczniały, obrzękły, rozpływający się. Właściwa błona śluzowa (mucosa propria) tworzy tutaj także wyraźne brodawki, lecz błona ta, jak również i błona podśluzowa, są tutaj bardzo słabo rozwinięte, przytem silnie drobno-komórkowo naciekłe. Pokład tkanki łącznej jest tutaj miejscami tak skąpy, że włókna mięsne podchodzą gdzieniegdzie prawie pod sam nabłonek. Warstwa mięsna wewnętrzna (podłużna) jest tutaj nieco silniej rozwinięta, niż w wycinku pierwszym. W leżącej od niej na zewnątrz — głównie zbitej włóknistej warstwie — są mięśnie gładkie stosunkowo silnie rozwinięte i mniej zmienione, niż w wycinku pierwszym; tworzą one nierównomiernie, miejscami dość obficie rozmieszczone, pooddzielane od siebie tkanką włóknistą, przeważnie poprzecznie poprzecinane pęczki mięsne. Gdzieniegdzie na zewnątrz od nich dają się wyróżnić cienkie pokłady podłużnie przeciętych włókien mięsnych, które zdają się odpowiadać pozostałościom podłużnej warstwy zewnętrznej. W całej ścianie uchyłka i tutaj zauważa się sięgające aż do samego obwodu okołonaczyniowe nacieki drobnokomórkowe. Naczynia w wielu miejscach są porozszerzane; tu i owdzie widoczne są szerokie szczeliny limfatyczne.

Zrąb sprężysty wogóle silniej rozwinięty, niż w warunkach prawidłowych (w obydwu wycinkach). Zwłaszcza silny rozwój zrębu sprężystego zauważa się w obrębie i na miejscu warstw

mięsnych, i to nawet nieco silniej w warstwach głębszych, niż w obwodowych, przyczem najliczniej znajdują się elementa sprężyste pomiędzy i w otoczeniu zanikających pęczków mięsnych.

Jak zatem z opisu anatomicznego widać, chodziło w powyższym przypadku o prawdziwy uchyłek pęcherza moczowego. Dowodzi tego obecność w ścianie uchyłka wszystkich warstw ściany pęcherza, a przedewszystkiem warstw mięsnych i to tak okrężnej, jak i podłużnej.

Za wrodzoną przyrodą tego uchyłka przemawia kilka szczegółów, i tak naprzód, że występował pojedynczo; wprawdzie znane są przypadki mnogich wrodzonych uchyłków pęcherza moczowego, jednak należą one do rzadkości, a z reguły uchyłek wrodzony bywa pojedynczy. Dalej za tą samą przyrodą przemawia siedziba uchyłka; uchyłki wrodzone ze szczególnem upodobaniem sadowią się w okolicy ujść moczowodów. Dalszym bardzo ważnym dowodem, że uchyłek był wrodzonym, jest obecność na szczycie pęcherza resztek i to wcale pokaźnych moczownika, gdyż wiadomą jest rzeczą, że zboczenia wrodzone u danego osobnika bywają nierzadko wielorakie. Wreszcie brak wszelkich podstaw do przyjęcia, że uchyłek ten mógłby powstać w życiu pozapłodowem, przemawia również za wadą rozwojową; w przypadku tym nie było żadnych przeszkód w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, nie było żadnej sprawy nerwowej ośrodkowej, którаby wywoływała wzmożone parcie śródpęcherzowe, nie było drobnych a licznych wypukleń błony śluzowej pomiędzy beleczkami mięsnemi pęcherza, któreby za wzmożonem ciśnieniem śródpęcherzowem przemawiały.

Objawy podmiotowe, jakie chory w wywiadach podał, nie miały nic znamiennego dla uchyłka; najważniejszy z nich, objaw dwuczasowego moczenia, całkiem u chorego nie istniał. Inne objawy, jak pieczenie w cewce i częste oddawanie moczu, mogły zaledwie przemawiać za stanem zapalnym błony śluzowej pęcherza. Wystąpiły one dopiero w r. 1915, bezpośrednio po ropnem zapaleniu cewki (prawdopodobnie tryprowem) i potwierdziły znany już zresztą fakt, że wrodzone, a niezakażone uchyłki dolegliwości nie sprawiają, a dopiero przyłączająca się sprawa zapalna z towarzyszącemi jej dolegliwościami wiedzie do odkrycia uchyłka.

Z objawów przedmiotowych tylko jedno badanie zgłębnikiem metalowym rzucało pewne światło na przyrodę cierpienia i dozwalało przypuszczać uchyłek; ten mianowicie fakt, że przy skręceniu dzióba zgłębnika na prawo i popchnięciu ku przodowi, dawał się zgłębnik głęboko wprowadzić, a następnie wydobywała się jeszcze pewna ilość moczu. Inne objawy fizyczne, dawniej tak wysoko cenione w rozpoznawaniu uchyłka pęcherza, zupełnie w tym przypadku zawiodły.

(Dokończenie nastąpi).

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

wodordzenie, hydrorrhachis.
przegrasiczenie, hyperthymisatio.
niedograsiczenie, hypothymisatio.
gorączka szczepienna, Impffieber.
niwecznik, Immunkörper.
strop gardła, nadgardle, epipharynx.
ciałko przytarczyczne, Epithelkörperchen, gland. parathyreoidea.
bodziec twórczy, wzrostowy, Wachstumsreiz.
przedziedziczyć, vererben.
usamczyć, vermännlichen.
usamiczyć, verweiblichen.
ześluzowacenie, Schleimmetamorphose.
przezakażenie, Ver(durch)seuchung.
właściwy komórce, zelleigen.
gruczoł płciowy, Pubertätsdrüse. 5.

Czy w czasie obecnej wojny występują częściej przypadki raka?

Kwestya, w ostatnim czasie poruszona, a bardzo doniosła, nie tylko pod względem praktycznym, ale nie mniej i naukowym. Chciałbym ją postawić na porządek obrad przyszłego naszego Zjazdu chirurgów, a tylko praca zbiorowa ją rozstrzygnąć może, i to praca zbiorowa najszerszych kół lekarskich. Dla tego upraszam wszystkich Kolegów praktykujących, ażeby zechcieli zebrać swoje spostrzeżenia i choćby w najkrótszych notatkach mi nadesłać. Mogłoby się zdawać, wychodząc z zapatrywania dziś ogólnie przyjętego, iż rak pojawia się częściej u ludzi obficie mięsa używających, że obecnie podczas tej wojny przy zmniejszonem zużywaniu mięsa rzadziej pojawiać się będzie. Zwrócić należy jednak uwagę, że zauważano — zdaje się niewątpliwie — właśnie w tej wojnie, iż ludzie po 40. roku życia nadzwyczaj szybko starzeją, a to znowu usposabiałoby do częstszego występowania raka. L. Rydygier.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Starania lekarzy pomocniczych krajowego Szpitala św. Łazarza o poprawę bytu odniosły w pewnej mierze skutek, wobec czego grożące szpitalowi ustąpienie lekarzy zostało zażegnane. Przesilenie zaostrzyło się było do ostateczności wskutek oporu Wydziału krajowego; dopiero wyjazd delegatów prymaryuszy do Lwowa i interwencya Marszałka krajowego rzecz wyrównały. Na wypadek ustąpienia mieli lekarze pozostawić dla opieki nad chorymi trzech kolegów, jako dyżurnych.

Lwów. Rektorem Uniwersytetu został wybrany Dr Antoni Jurasz, profesor laryngologii i otyatryi.

Warszawa. Rząd polski przeznaczył około 10 milionów marek do rozporządzenia Ministerstwa zdrowia i opieki społecznej na ratowanie dzieci, zagrożonych przez głód i epidemie. (Gaz. lek. 24).

— Dziekanem Wydziału lekarskiego wybrany został prof. Dr W. Mazurkiewicz, delegatem do Senatu prof. Dr K. Rzętkowski.

Zmarli: Dr Anna Tomaszewicz-Dobrska, pierwsza lekarka polska, w 62 r. ż. w Warszawie, gdzie praktykowała od r. 1881.

Redakcya otrzymała: Prof. Dr Syllaba: Nauka o lékařském poklepu a poslechu. Díl prvy: Nauka o poklepu. Praga 1918. (Bursík & Kohout). Stron 478 z 180 rycinami. — J. Jaworski: Prof. Dr Antoni Noga-Mars. Wspomnienie pozgonne. (Gaz. lek.). — Popielski: β-imidazolyletylamina i wyciągi z narządów. (Akad. Umiej. 1917).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zur Zahl: 7433/BH. ex 1918.

Konkursausschreibung.

Im bosn. herc. Landesdienste kommen einige Amtsärztinnenstellen der IX. Diätenklasse (Anfangsgehalt 2.800 K Zulage 960 K nebst angemessener Teuerungszulage für die Dauer der gegenwärtigen abnormen Verhältniss) zur Besetzung.

Bewerberinnen um diese Stelle haben ihre Gesuche (entweder direkt oder, falls sie angestellt sind, im Wege der bezüglichen Anstalt) an die Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina in Sarajevo zu richten.

Die Gesuche sind mit folgenden Nachweisen zu belegen:

1. über die b. h. Landesangehörigkeit, bezw. die öster. oder ung. Staatsbürgerschaft (Geburtsschein, Heimatschein);

2. über den an einer Universität in Oesterreich oder Ungarn erlangten Grad eines Doktors der gesamten Heilkunde (Originaldiplom oder legaliesirte Abschrift);

4. über die nach Erlangung des Doktorgrades in einem öffentlichen Krankenhause vollstreckte wenigstens zweijährige Verwendung (Verwendungszeugniss);

4. über die physische Diensttauglichkeit (amtsärztliches Zeugnis);

5. über die Kenntnis der serbocroatischen oder einer slavischen Sprache (Zeugniss); eventuell die bindende Erklärung, die serbo-kroatische Sprache binnen Jahresfrist zu erlernen.

Die an die Landesregierung direkt gerichteten Gesuche sind mit bosn. herc. Stempel zu versehen (Gesuch 1 Krone, Beilage je 20 h per Bogen); oder es ist der entfallende Betrag beizuschliessen.

Gesuche, welche im Wege einer öster. oder ung. Behörde überreicht werden, sind ebenso wie deren Beilagen nach der in Oesterreich bezw. in Ungarn Gebührenvorschrift zu stempeln. 247

Landesregierung für Bosnien und Hercegovina.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVII. Kraków, 29. czerwca 1918. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kilka słów o uproszczonych metodach orbitoplastyki i fornikoplastyki.

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rany postrzałowe oka, pochodzące czy to od kul karabinowych, czy to od odłamków pocisków armatnich, wiodą w większości przypadków nietylko do zupełnego zniszczenia gałki ocznej przez rozdarcie i poszarpanie jej powłok i następowe zakażenie i zropienie szczątków, ale równocześnie druzgocą kostne ściany i rozdzierają miękkie części oczodołu, rozrywając zarazem i kalecząc powieki. Nawet i bez tych bezpośrednich uszkodzeń samego oczodołu, już zranienia skóry i głębszych części policzka, skroni, nosa, czoła, sprowadzają przez działanie kurczących się blizn bardzo nieraz znaczne zniekształcenia w zakresie powiek, a nieraz i zmiany w anatomicznych stosunkach jamy oczodołowej.

Wiadomo, że po prawidłowem wyłuszczeniu gałki ocznej w przypadkach, gdzie zranienie lub innego rodzaju uszkodzenie odnosiło się do samego tylko oka, a nie dotyczyło części otaczających, założenie protezy w postaci szklanego oka sztucznego, dobranego, względnie dorobionego wedle wzoru, jaki przedstawia oko drugie, ocalone, nietylko nie sprawia większych trudności, ale zazwyczaj daje wcale korzystny wynik kosmetyczny. W wielu razach proteza sprawia silne złudzenie oka żywego, zwłaszcza, jeżeli dzięki odpowiedniemu podkładowi posiada jaką taką ruchomość.

Bez porównania trudniej przedstawia się sprawa, gdy chodzi o zastąpienie protezą oka, rozszarpanego kulą, która równocześnie porobiła znaczne spustoszenia w oczodole i częściach przylegających. Szczątki takiego oka, zropiałe czy też już przygojone, muszą być operacyjnie usunięte, ale mimo tego włożenie dobrej protezy nastręcza nieraz niezmierne trudności. Jama, jaka w ten sposób powstaje, może być dla oka sztucznego albo za obszerna, albo też za ciasna, i to niekoniecznie jednako we wszystkich kierunkach. Zdarza się n. p., że proteza pod górną powieką wpada zbyt głęboko, a z poza dolnej wysuwa się z powodu zbyt płytkiego załamka. Czasem istnieją nieprawidłowe komunikacye, duże otwory łączące oczodół z jamami sąsiedniemi, n. p. z jamą nosa. Rozmaitość zmian i zniekształceń jamy oczodołowej, wywołanych przez rany postrzałowe, jest tak wielka, że prawie trudno znaleść dwa zupełnie jednakie przypadki, niełatwo również ustalić typy i potworzyć określone kategorye tych zboczeń, a tem trudniej podać jakiekolwiek ogólnie dające się zastosować zabiegi operacyjne w celu ich usunięcia. Tu prawie zawsze operator musi improwizować, a przynajmniej dla każdego przypadku obmyśleć osobny plan operacyjny.

Stosunkowo często jednak, a zwłaszcza po zranieniach zanieczyszczonych z następowem rozległem zakażeniem ropnem, kurczące się blizny doprowadzają do zupełnego zarośnięcia oczodołu (obliteratio orbitae). Wtedy powieki, mniej lub więcej utrzymane, co również zależy od przypadku, stykają się brzegami i przykrywają sobą zbitą tkankę bliznowatą, tak, że wogóle nie istnieje żadna wolna przestrzeń. Wytworzenie operacyjne nowej jamy oczodołowej, dogodnej dla włożenia protezy ocznej, chociaż na pozór wydawać się może zabiegiem prostym, należy jednak do najtrudniejszych, a zarazem do najniewdzięczniejszych zadań chirurgii okulistycznej. To też niejeden przypadek zarośnięcia oczodołu stanowi — bez przesady — prawdziwy »crux chirurgorum«, a to tem bardziej, że chorym z reguły bardzo zależy na możności noszenia oka sztucznego i czują się nieszczęśliwi, gdy ich w tym względzie raz poraz zawód spotyka. Wiadomo, że po wszelakich głębokich nacięciach, po wycięciu blizn i po wytworzeniu tym sposobem dużej nawet jamy oczodołowej gwałtowne bujanie tkanki ziarninowej z jednej strony, a z drugiej kurczenie się nowotworzących się blizn wypełnia, zacieśnia tę jamę i doprowadza ją wreszcie do ponownego, całkowitego zarośnięcia. Tej skłonności do powtórnego zarastania przeciwdziałamy, wyścielając świeżo wytworzoną jamę, po zatamowaniu krwawienia, już to błoną śluzową zwierzęcą albo ludzką, z tego samego lub z innego chorego, o ile takim materyałem rozporządzamy, już to skórą w postaci płatów uszypułowanych, wziętych z sąsiedztwa, albo przeprzeszczepionych bez szypuły, albo wreszcie płatkami Thierscha.

Nie mam zamiaru przytaczać ani opisywać przeróżnych metod operacyjnych, jakich się używa celem uskutecznienia takiej plastyki oczodołowej. To tylko chcę podnieść, że wogóle takie przeszczepianie i wszywanie błony śluzowej, branej z worka spojówkowego, z ust, z pochwy, jak również wyścielanie skórą wnętrza oczodołu, jest zawsze zabiegiem bardzo mozolnym, a w dodatku wyściółka taka nie w każdym przypadku zapobiega ponownemu zarośnięciu oczodołu. Tkanka bliznowata, kurcząca się, z nieprzepartą siłą wypycha stopniowo oko sztuczne, które zazwyczaj wkłada się odrazu do takiej nowoutworzonej jamy, dla jej lepszego zabezpieczenia. Protezę trzeba zmieniać, wkładać coraz to mniejsze muszelki, wreszcie i tę najmniejszą znajdujemy pewnego dnia pod opatrunkiem, wysuniętą zupełnie z zaciśniętej szpary powiekowej.

Operacyę wykonywamy zwykle w ten sposób, że, o ile powieki zupełnie lub częściowo są ze sobą zrosłe, rozcinamy je w linii, odpowiadającej szparze powiekowej i wycinamy o ile możności jak najwięcej tkanki wypełniającej oczodół. Tkanka ta bywa zazwyczaj zbita i twarda, przyczem jednak obficie unaczyniona, dlatego prawie zawsze powstaje silne krwawienie miąższowe. Wycinamy tej tkanki tyle, ażeby powstała jama znacznie większa, co najmniej dwa razy większa, niż potrzeba dla pomieszczenia prawidłowej protezy, liczymy się bowiem z góry z nieuniknionem w najbliższych dniach lub tygodniach po operacyi zaciśnięciem tej przestrzeni. Wytworzoną w ten sposób jamę należy zasadniczo wyścielić, czyto skórą, czy też błoną śluzową. Ponieważ niema tu oka z wrażliwą rogówką, dlatego nie potrzebujemy się obawiać drobnych włosków, meszku na skórze, używanej do przeszczepienia i dlatego w tych przypadkach skóra nadaje się wogóle bardzo dobrze jako materyał plastyczny. O błonę śluzową, czyto zwierzęcą, czy ludzką, w tak wielkich kawałkach, jakich potrzeba do wysłania oczodołu, jest trudniej, niż o skórę, a przytem odnosi się wrażenie, że błona śluzowa, n. p. spojówka królicza, nie tak dobrze się przyjmuje, jak n. p. skórne płatki Thierscha i że stanowi wątlejszą zaporę dla bujania ziarniny. Układanie, a tem bardziej przyszywanie płatów skórnych do wewnętrznych ścian wytworzonej operacyjnie jamy, nawet po możliwie gruntownem stłumieniu krwawienia, jest trudne i mozolne. Dlatego z wdzięcznością przyjęliśmy pomysł Verhoeffa, który stara się zapomocą brzytwy lub noża Thierscha ściąć z ramienia lub z uda jeden, jednolity, możliwie duży płat

skórny, — jak zawsze, zdejmując przytem tylko powierzchowne warstwy skóry, — tak duży, aby można nim pokryć, a raczej weń owinąć dość wielką kulkę szklaną, albo protezę oczną, i to tak, żeby naskórek leżał na szkle, a tkanka podskórna była zwrócona na zewnątrz*). Tak owiniętą protezę wciska się w nowowytworzoną jamę oczodołową, przez co płat skórny zostaje we wszystkich kierunkach przyciśnięty do okrwawionych ścian rannej powierzchni jamy. Części płata, sterczące przed protezą z pomiędzy powiek, najlepiej odrazu poobcinać, bo inaczej ulegną obumarciu, a mogłyby uledz i zakażeniu. Na to zakłada się aseptyczny opatrunek uciskowy. Po 6 lub 7 dniach, przy zmianie opatrunku stwierdzamy zazwyczaj, że płat jest przyjęty i wszędzie dobrze przylega. Do tego zabiegu lepiej od zwyczajnej, definitywnej protezy nadaje się proteza tymczasowa, dostarczana przez wiesbadeńską fabrykę sztucznych oczu. Zewnętrzny kształt jej odpowiada w zupełności kształtowi definitywnej protezy dętej, tylko, że w środku, w miejscu odpowiadającem rogówce, ma ona okrągły, szeroki otwór. Otwór ten umożliwia odpływ wydzieliny, co zapobiega ewentualnemu zmacerowaniu wszczepionego płata.

W pierwszych czasach obecnej wojny, mając wiele przypadków zarośnięcia oczodołu do operowania, próbowałem sobie ułatwić i uprościć pracę w ten sposób, że do jamy, wyciętej w tkance wypełniającej oczodół, a więc do świeżej rany, wkładałem odrazu, bez wyścielania jej czemkolwiek, bądźto definitywną protezę reformowaną (dętą), bądź też dopiero co opisaną, przedziurawioną protezę tymczasową. Zaznaczyć muszę, że wówczas nie był mi jeszcze znany praktyczny sposób owijania protezy w płat skórny. W kilku przypadkach wynik był — muszę wyznać — ku memu własnemu zdziwieniu, nadspodziewanie pomyślny. Niektóre oczodoły okazały dziwną tolerancyę wobec ciała obcego, jakiem była włożona w ranę proteza. Nie przyszło ani do zbytniego bujania ziarniny, ani do kurczenia i ściągania się blizn. Nowa jama pozostała dostatecznie obszerną i chorzy po kilkutygodniowej, a nawet po kilkumiesięcznej obserwacyi opuszczali klinikę zadowoleni z oka sztucznego, dobrze w oczodole osadzonego.

W czerwcu 1916 r. na wojennym zjeździe okulistów w Peszcie podałem do wiadomości te początkowe, nadspodziewanie pomyślne wyniki. Zastrzegłem się jednak wyraźnie, że mogą to być tylko przypadki wyjątkowe i że z góry nie można chyba nigdy na pewne liczyć na taką tolerancyę okrwawionej tkanki, z reguły skłonnej w wysokim stopniu do wytwarzania silnej ziarniny i do następowego, bliznowatego ściągnięcia się. Rzeczywiście późniejsze doświadczenie przekonało mnie, że tylko czasem ten bezsprzecznie najprostszy sposób operowania wiedzie do celu. W przeważnej jednak większości przypadków wprowadzoną w ten sposób do świeżej rany protezę wypiera bujająca tkanka ziarninowa nieprzepartą siłą z oczodołu. Reszty dokonują świeże, następowo kurczące się blizny. Powtarzam jednak, że dzieje się to zresztą czasem i w tych przypadkach, w których całe wnętrze jamy zostało starannie skórą, czy też błoną śluzową wysłane.

Tu muszę jeszcze nadmienić, że moje tymczasowe doniesienie, udzielone członkom peszteńskiego zjazdu, nie pozostało bez echa. Prof. Carsten z Berlina podaje w Archiwie Knappa (T. 82. r. 1917, Z. 3. i 4., str. 198), że zachęcony tem doniesieniem używa od lata 1916 roku tej uproszczonej metody operowania w przypadkach zrostów oczodołowych i, jak z jego krótkiej notatki zdaje się wynikać, stosuje ją nawet z większem może od mego powodzeniem. On też wykazuje Illigowi (z Monachium), że pomysł jego wkładania bezpośrednio po przecięciu zrostów (w razie zrostu powiek [symblepharon] przy zachowanej gałce ocznej!) odpowiedniej muszelki z przeźroczystego szkła, z dużym otworem na rogówkę w środku (Arch. f. Augenheilkunde, T. 82. r. 1917, str. 94), zasadniczo nie jest pomysłem nowym, bo już poprzednio był wypowiedziany przezemnie w Peszcie, a wkrótce potem w nieco zmienionej formie przez Hankego w Heidelbergu. Wywiązała się stąd żywa polemika, w której Illig broni z temperamentem swego prawa pierwszeństwa, wykazując, że wprawdzie ogłosił swój sposób w rok później odemnie, ale pierwsze próby na chorych wykonał o cały rok wcześniej. Mojem zdaniem jest rzeczą zupełnie obojętną, kto pierwszy myśl powziął lub kto ją pierwszy wykonał, a jedynie mogłoby chodzić o to, czy myśl jest dobra i czy wiedzie do osiągnięcia celu. Otóż doświadczenie poucza, że, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej w pewnej części przypadków wprowadzenie między okrwawione ściany jamy oczodołowej ciała obcego, jakiem jest tym razem proteza oczna, może przeszkodzić nadmiernemu bujaniu ziarniny, poczem proteza ta przeciwdziała kurczeniu się tkanki i rozciąga blizny już w czasie, kiedy się dopiero poczynają wytwarzać. Wynika z tego tyle tylko, że w technice operacyjnej nieraz opłacić się może śmiała próba wykonania nawet takiego pomysłu, który na pierwszy rzut oka wydaje się jaskrawem pogwałceniem utartych zasad i prawideł chirurgii ogólnej.

Najlepszym jednak dowodem, jak trudnem i niewdzięcznem zadaniem jest naprawianie, względnie odtwarzanie drogą operacyjną już nie wprost zarosłych, ale wogóle pogruchotanych i wykoszlawionych przez rany postrzałowe oczodołów, jest fakt, że w wielu klinikach uniwersyteckich najwytrawniejsi nawet operatorowie po bezowocnych próbach operacyi plastycznych dają wreszcie za wygraną, obcinają poprostu brzegi powiek z rzęsami i zaszywają szczelnie szparę powiekową, wyłuszczywszy poprzednio resztki worka spojówkowego, o ile one istniały. W ten sposób pokrywają skórą powiek zbitą tkankę bliznowatą, która wypełnia oczodół. Dawna szpara powiekowa zaznacza się jako linijna pozioma blizna. Po takiem przygotowaniu ozdabiają chorego protezą, która oprócz gałki ocznej naśladuje zarazem powieki, rzęsy i otaczającą skórę (Lauber, Henning, Levinsohn, Valois i inni). O ile zwykła proteza oczna, sporządzona ze szkła lub emalii, a przedstawiająca sam tylko przedni odcinek oka z rogówką, tęczówką i źrenicą, zaspakaja często wybredne nawet wymagania, o tyle imitacya powiek i rzęs, tak zwana »ektoproteza«, sporządzana z różnych materyałów: ze szkła, z porcelany, z masy papierowej, z kauczuku, z metalu pomalowanego na kolor cielisty, a nawet z drzewa, pozostawia, według mego zdania, pod względem kosmetycznym bardzo wiele do życzenia. Na reprodukcyach, zdobiących artykuły w archiwach okulistycznych, albo na fotografiach, rzucanych za pomocą projekcyi na ekran, protezy te sprawiają dosyć korzystne wrażenie, ale oglądane »in natura« — mimo okularów, zakładanych dla zamaskowania zdradliwych szczegółów — wyglądają fatalnie, głównie z powodu trupiej nieruchomości samej gałki*). Ale i całość zbyt żywo przypomina figury woskowe. Takie wrażenie sprawiały, na mnie przynajmniej, protezy tego rodzaju u wszystkich chorych, których miałem sposobność badać osobiście. Oczywiście lepsza jest taka proteza, niż żadna, lub niż poszarpany, pustką ziejący oczodół, który chory musi ukrywać pod opaską. Ale z drugiej strony ten czarny bandażyk mniej przykre niekiedy sprawia wrażenie, niż martwa kauczukowa maska, choćby najdokładniej wykonana.

Wobec tych notorycznych trudności, jakie nastręcza przystosowanie jamy oczodołowej do tego, ażeby można było w niej umieścić zwyczajną, gotową protezę, wybraną z kollekcyi, wydaje mi się rzeczą niewłaściwą narażać chorego na cały nieraz szereg operacyi plastycznych tylko dlatego, że oczodół jego przedstawia dla zwyczajnej, gotowej protezy za dużą lub za małą przestrzeń, albo dlatego, że jakiś uporczywy, po każdej operacyi na nowo odrastający zrost przeszkadza z tej lub owej strony należytemu osadzeniu sztucznego oka. Toć jest rzeczą oczywistą, że korzystniej i łatwiej jest chyba, zamiast obrabiać w sposób krwawy tkankę żywą, zawsze na nowo odrastającą i kurczącą się, postarać się raczej z martwego materyału wymodelować dla każdego przypadku osobną, do danych warunków anatomicznych oczodołu i powiek dokładnie dostosowaną protezę. Zapewne, że niezawsze jest to możliwe, ale w wielu razach, gdzie się to uda, oszczędzimy choremu zupełnie zbytecznych, a nieraz bezowocnych zabiegów krwawych, w dodatku

---

*) Verhoeff owija kulkę szklaną najpierw w jakowąś »Cargile Membran«, która przykleja się do szkła, ale nie przyczepia się wcale do warstwy naskórkowej. Ponieważ jednak materyału tego nie mogłem dostać, kładę więc płat skórny wprost na szklaną protezę i pokazuje się, że to zupełnie wystarcza do osiągnięcia celu.

*) Valois zastosował wprawdzie u pewnego zranionego żołnierza ektoprotezę, naśladującą powieki i rzęsy i połączoną z protezą oczną, poruszającą się swobodnie razem z kikutem pozostałym po gałce, — pomijając jednak dość zawiły mechanizm całego tego urządzenia, to główną trudność stanowi warunek, aby oko sztuczne można było osadzić na jakimś ruchomym podkładzie, na jakiejś pozostałości po gałce ocznej, na którą mogłyby działać jako tako przynajmniej utrzymane mięśnie oczne zewnętrzne. W przypadkach, o jakie nam tu chodzi, najczęściej niema mowy o spełnieniu tego warunku, ponieważ po gałce ocznej niema zwykle ani śladu.

częstokroć wymagających ogólnego uśpienia. Mam w tej chwili na myśli oczywiście tylko takie przypadki, gdzie powieki i części otaczające oko są przynajmniej jako tako utrzymane, gdzie zatem może być zastosowana proteza ze szkła lub z emalii, zastępująca samą tylko gałkę oczną. W Krakowie jesteśmy obecnie, w czasie wojny, gdy chodzi o protezę oczną, o tyle w trudnem położeniu, że musimy wybierać oczy sztuczne z gotowych zbiorów, już przerzedzonych i coraz bardziej się przerzedzających. Otóż nawet wobec prawidłowego oczodołu jest rzeczą tylko szczęśliwego przypadku, jeśli w ograniczonej kolekcyi znajdziemy dla danego chorego protezę, odpowiadającą w zupełności warunkom kosmetyki. Tem bardziej jesteśmy skazani na przypadek, jeżeli jama oczodołowa jest nieregularna, tu za głęboka, tam za płytka lub poprzewężana bliznami i zrostami. Wiadomo, że wielkie fabryki oczu sztucznych rozsyłają corocznie po znaczniejszych miastach swych pracowników, którzy zgłaszającym się chorym w sposób artystyczny dorabiają protezy ściśle według wzoru, jaki daje drugie, żywe oko. Rzecz jasna, że sporządzając protezę umyślnie dla danego przypadku, można uwzględnić i pokonać różne miejscowe trudności, wyzyskać dla osadzenia oka szklanego każdy zaułek, każde zagłębienie, porobić odpowiednie wręby lub wcięcia na zrosty i bliznowate mostki, jednem słowem wykonać jakby odlew istniejącej do rozporządzenia jamy. Jeśli n. p. załamek górny jest nadmiernie głęboki, a dolny nadmiernie płytki i wskutek tego proteza rogówką i źrenicą zwraca się do góry i kryje się pod górną powieką, to nic łatwiejszego, jak sporządzić oko takie, żeby poniżej rogówki miało tylko wąski pasek twardówki, byleby tylko proteza nie wysuwała się z poza dolnej powieki, natomiast zrobić tej białej twardówki górą tyle, aby nią dokładnie wypełnić zbyt głęboką jamę górnego załamka. Jest przecież rzeczą zupełnie obojętną, ile tam tej białej obwódki kryje się za górną powieką, a chodzi tylko o to, żeby rogówka i źrenica były należycie w szparze powiekowej umieszczone.

Niestety fabrykanci oczu sztucznych od czasu wojny nie zajeżdżają do Krakowa. Próby przerabiania protez gotowych, wybranych z kolekcyi, celem dostosowania ich do istniejących w oczodole nieprawidłowych stosunków topograficznych, najczęściej nie udają się. Co najwyżej protezy muszelkowe (niereformowe) dają się niekiedy pomniejszyć, t. j. odpowiednio przykroić, w razie przeszkód, n. p. ograniczonych zwężeń lub mostkowatych zrostów w oczodole. Ale i przytem ryzykujemy zawsze pęknięcie delikatnej emalii. Protezy dęte nie nadają się wcale do takiej przeróbki.

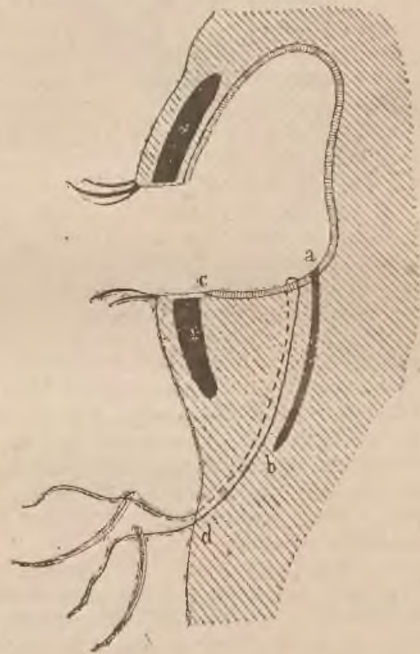
Pozostawałby zatem jeszcze jeden sposób, o ile się nie chce lub nie może wysyłać chorych po protezę do zagranicznych fabryk. Możnaby mianowicie sporządzać dokładne odlewy lub odciski oczodołów wraz z powiekami, używać do tego gipsu, albo, jak radzi Sachse, za przykładem dentystów masy »Stents« i z tych odcisków ujemnych robić następnie odlewy dodatnie i tak wykonane modele posyłać fabrykantom celem dorobienia dokładnie przylegającej protezy. Jest to oczywiście droga uciążliwa i wyjątkowo chyba tylko możnaby ją wybrać jako jedyne wyjście z położenia. Przytem nie należy zapominać, że dobre osadzenie protezy zależy nietylko od kształtu części otaczających, do których ma ona przylegać, ale także nieraz od zbitości, od sprężystości, od podatności tych części, a takich znamion żaden, najwierniejszy nawet odlew nie może uwydatnić. To też posyłanie modeli do fabryk przedstawia także pewne ryzyko.

Z tych to wyżej wymienionych względów stoimy wielokrotnie wobec konieczności operacyjnego usuwania i takich przeszkód w oczodole, które dałyby się — nie usunąć — ale obejść bezkrwawą drogą, gdybyśmy tylko rozporządzali wszystkimi środkami techniki. Poza tem bardzo często spotykamy oczodoły, w których żadna, nawet najlepiej wykonana proteza nie może się utrzymać mimo, że obie powieki są należycie utrzymane. Powodem bywa najczęściej zbytnia płytkość załamka spojówki, zwłaszcza załamka dolnego.

Każda proteza, duża czy mała, muszelkowata czy dęta, wobec braku wszelkiej zapory ze strony dolnej powieki wysuwa się, wyślizguje z takiego oczodołu i wypada. Tutaj niema już innego wyjścia, jak tylko operacyjne pogłębienie załamka. Sposób, analogiczny do tego, jakim wytwarza się nową jamę w razie zarośnięcia całego oczodołu, polegałby i tutaj, gdzie chodzi tylko o usunięcie braku załamka spojówki, na szerokiem rozcięciu spojówki w linii, odpowiadającej załamkowi i na wycięciu zapomocą noża lub nożyczek odpowiedniej ilości tkanki, czyli inaczej mówiąc, na wygrzebaniu dostatecznie głębokiego rowu wzdłuż całej szpary powiekowej, od nosowego do skroniowego kącika. Krwawą jamę, wytworzoną w ten sposób poza dolną, względnie poza górną powieką, należałoby starannie wyścielić czy to płatkami Thierscha, czy też spojówką ludzką albo zwierzęcą. W tym przypadku można się również posłużyć protezą tymczasową, jako przedmiotem, przyciskającym płat przeszczepionej skóry lub błony śluzowej do okrwawionej powierzchni jamy. Wystarczy zatem dolną, względnie górną krawędź protezy okryć dostatecznie dużym płatem Thierscha, tak, aby naskórkiem przylegał do emalii, a tkanką podskórną zwrócony był na zewnątrz. Protezę taką należy włożyć zręcznie do jamy oczodołowej w ten sposób, żeby krawędzią swoją przytłoczyła ów płat Thierscha do ścian i do dna nowowyżłobionej jamy załamka. Jest to niewątpliwie sposób dobry, chociaż i tutaj, podobnie, jak w przypadkach orbitoplastyki, trzeba się liczyć z możliwością, że mimo dokładnego wyścielenia nastąpi niekiedy ponowne zarośnięcie wytworzonego w ten sposób załamka.

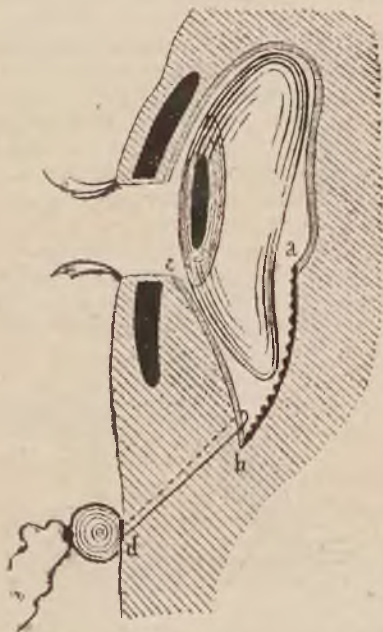
Operując wiele podobnych przypadków, doszedłem do przekonania, że podobnie, jak się to stało z orbitoplastyką, można także taką fornikoplastykę znacznie uprościć, a równocześnie uczynić ją skuteczniejszą. Przedewszystkiem chodzi o to, aby obejść się bez wszelkiego przeszczepiania płatów i bez wyścielania rany błoną śluzową czy skórą.

Mając utworzyć albo pogłębić załamek, n. p. dolny, wykonuję operacyę (fornicoplastica inferior), bądźto w znieczuleniu miejscowem, wstrzykując podspojówkowo $^{1}/_{2}{}^{0}/_{0}$ rozczyn kokainy z dodatkiem $^{1}/_{10}{}^{0}/_{00}$ adrenaliny, bądź też — rzadziej — w uśpieniu chloroformowem. Prowadzę przez spojówkę cięcie prostolinijne i równoległe do brzegu dolnej powieki, od kącika do kącika przez całą długość szpary powiekowej. Odległość tej linii cięcia od brzegu powieki ma wynosić 8 do 10 mm. Cięcie to pogłębia się znacznie, rozcinając tkankę podspojówkową i głębszą tkankę bliznowatą i dochodząc aż prawie po dolny kostny brzeg oczodołu. Wycinać tkanki przytem nie potrzeba wcale. Na rycinie 1, przedstawiającej oczodół pusty w przekroju strzałkowym, z zupełnym brakiem załamka dolnego, głębokość tego cięcia wyraża się łukiem *a b*. Linię odpowiadającą długości cięcia musimy sobie wyobrazić jako prostopadłą do płaszczyzny rysunku. Następnie przeprowadzam pętlę mocnej nitki jedwabnej, uzbrojonej na obu końcach w długie, łukowate igły. Pierwszą z nich wkłuwa się przez spojówkę tuż w pobliżu przedniego brzegu wytworzonej rany, przeprowadza się ją następnie pod skórą poza tarczką powieki dolnej, podobnie jak przy operacyi Snellena, służącej do usunięcia odwinięcia powieki (ectropion), — i wykłuwa się przez skórę na zewnątrz poniżej dolnego brzegu oczodołowego, powyżej okolicy dołu szczęki (fossa canina). Drugą igłę prowadzi się równoległą drogą w odległości kilku milimetrów od pierwszej. Po wydobyciu zapomocą tych igieł obu końców pętli w punkcie *d* związuje się je na wałeczku z waty, przyciągając dość silnie tak, ażeby brzeg spojówki wciągnąć jak najgłębiej w ranę. Pierwszą taką pętlę zakładam zwykle w środku szpary powiekowej, drugą taką samą przeprowadzam w pobliżu



Ryc. 1.

kącika nosowego, a trzecią po stronie skroniowej. W razie, gdy chodzi tylko o fornikoplastykę częściową, t. j. nie obejmującą całej długości powieki, wystarczyć mogą dwie pętle, albo nawet jedna. Po należytem ściągnięciu nitek i związaniu ich na wałeczkach z waty, brzeg przeciętej spojówki przesuwa się od punktu *a* do punktu *b* tak, że powierzchnia jej, która przed operacyą leżała poziomo, zostaje wciągnięta w głąb rany, przybiera położenie mniej więcej pionowe (*c b*) i wyściela temsamem przednią ścianę głębokiej rany. Równocześnie powieka cała ustawia się też bardziej pionowo albo nawet brzegiem rzęsowym zawija się nieco ku wewnątrz. Tylna ściana rany *a b* pozostaje niepokryta, ale okrwawiona jej powierzchnia, stykając się z pokrytą nabłonkiem powierzchnią spojówki, nie może zróść się z nią. Operacya jest skończona. Załamek, w ten sposób wytworzony, bywa zwykle zrazu aż zanadto głęboki, liczymy się jednak z tem, że tworząca się od dołu blizna, kurcząc się, przecież dno rany cokolwiek podniesie. Rycina 2. pokazuje, jak wy-



Ryc. 2.

godne pomieszczenie dla protezy ocznej uzyskuje się odrazu po takim zabiegu. Protezę można włożyć bezpośrednio po operacyi, albo dopiero przy pierwszej zmianie opatrunku, która wskazana jest zwykle już trzeciego lub czwartego dnia ze względu na możliwe nagromadzenie się wydzieliny spojówkowej. Natomiast nitki wyjmujemy dopiero po siedmiu lub ośmiu dniach, a to dlatego, aby przez dłuższy czas ściągały spojówkę i trzymały jej brzeg na dnie nowego załamka.

Jak widać z powyższego opisu, zabieg ten różni się tem tylko od szwu Snellena, podanego dla przypadków odwinięcia powieki dolnej (ectropion), że dodane jest głębokie cięcie, którego przy zakładaniu nitek Snellena nie robi się, bo robić nie ma powodu.

»Mutatis mutandis« operuję również w ten sam sposób, gdy chodzi o utworzenie, względnie o pogłębienie brakującego lub zbyt płytkiego załamka górnego (fornicoplastica superior). Igły wykłuwa się wtedy tuż pod łukiem brwiowym i tutaj związuje się założone pętle jedwabiu na wałeczkach z waty.

W niektórych razach, gdzie oba załamki są płytkie, a więc oczodół wogóle za ciasny, zmuszeni jesteśmy wykonać zarazem dolną fornikoplastykę i górną. W ten sposób uzyskujemy wydatne i skuteczne rozszerzenie całej jamy oczodołowej.

Opisany sposób operowania jest tak prosty, że chociaż w dostępnej mi literaturze nie znalazłem nigdzie wzmianki o podobnym zabiegu, to jednak przypuszczam, że niejednemu operatorowi, zniecierpliwionemu trudnościami różnych autoplastycznych i heteroplastycznych operacyi, nasunął się może sam przez się, i że tu i tam bywa już wykonywany. Tych, którzy na ten pomysł dotąd nie wpadli, może ta krótka notatka zachęci do wypróbowania powyższej uproszczonej metody fornikoplastyki.

W żadnym z kilkunastu przypadków, operowanych w ciągu ostatnich dwóch lat w krakowskiej uniwersyteckiej klinice okulistycznej, ta metoda fornikoplastyki, nie wymagająca przeszczepiania płatów skóry ani błony śluzowej, nie zrobiła mi dotąd zawodu. W dwóch, czy w trzech przypadkach trzeba było zabieg powtórzyć, ale ostatecznie we wszystkich można było dać chorym protezę do stałego noszenia, a to jest główny cel operacyi. Wyniki te dowodzą, że zasadniczo, dla zapobieżenia powtórnemu zarośnięciu nowego załamka, wystarcza wysłać jedną tylko jego ścianę spojówką, i to w tym przypadku nie przeszczepioną, lecz tylko przesuniętą, a przeciwległą ścianę pozostawić w stanie okrwawionym.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Rozpoznanie niewątpliwego uchyłka pęcherza stwierdziła cystoskopia i ona przedewszystkiem jest powołana w takich przypadkach ułatwiać chirurgowi oryentacyę. Tam gdzie ona z jakiejbądź przyczyny jest niewykonalna, pozostają promienie Röntgena, które w kilku znanych przypadkach oddały znakomite usługi. Ale i cystoskopia niezawsze wszystkie wątpliwości usuwa; i tak w moim przypadku nie zdołałem rozstrzygnąć przed operacyą, gdzie znajduje się ujście prawego moczowodu. Nawet chromocystoskopia nie doprowadziła do pożądanego wyniku i dopiero podczas operacyi okazało się, że ujście to leży na granicy uchyłka i pęcherza, na przejściu. Barwik wydzielał się prawdopodobnie w kierunku uchyłka i dlatego w cystoskopie nie był widoczny.

Spostrzeganie kliniczne przebiegu choroby w moim przypadku, aż do chwili operacyi, rzuca bardzo jaskrawe światło na wartość zachowawczych metod leczenia w przypadkach uchyłka zakażonego. Chory ten pobierał wewnętrznie urotropinę z salolem po 0·50, 3 razy dnia; prócz tego przepłukiwano mu 2 razy dnia uchyłek wyjałowionym rozczynem kwasu borowego, a co 3—5 dni rozczynem lapisu 1⁰/₀₀. Przepłukiwania te robiono bardzo starannie przez 4 miesiące i uchyłek przepłukiwano doszczętnie, gdyż wprowadzanie metalowego cewnika aż do dna pęcherza było bardzo łatwe. Pomimo tego sprawa zapalna nie tylko się nie poprawiła, lecz nawet nastąpiło pogorszenie. Zjawisko to doskonale tłómaczy badanie drobnowidowe ścian uchyłka. Wykazało ono, że zmiany zapalne dotyczą nie tylko nabłonka i błony śluzowej, lecz że rozciągają się one na całą grubość ściany uchyłka, dotyczą także warstwy mięsnej i sięgają aż do obwodu uchyłka. Co więcej, pokazało się przy operacyi, że te zmiany zapalne nie ograniczają się bynajmniej na sam uchyłek, lecz przechodzą na jego otoczenie i wywołują zapalne nacieczenia tkanek narządów, z nim sąsiadujących. Jest rzeczą zrozumiałą, że jeżeli działamy środkami odkażającymi na powierzchnię błony śluzowej, na jej nabłonek, nie możemy uzyskać wyleczenia sprawy zapalnej w głębi ściany uchyłka; należy zaś przyjąć, że przejście sprawy zapalnej na głębsze warstwy ściany uchyłka następuje bardzo wcześnie, gdyż z powodu zalegania moczu w uchyłku istnieją w nim wyjątkowo korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów, przez co nasilenie sprawy zapalnej bywa odrazu bardzo silne; niekorzystne warunki krążenia krwi mogą niewątpliwie także usposabiać ścianę uchyłka do łatwego ulegania sprawom zapalnym, a także i utrudniać rozchodzenie się raz powstałych nacieków zapalnych.

Usiłowania zatem, ażeby na tej drodze uzyskać wyleczenie lub nawet poprawę, są bezcelowe, a jedynie wskazanem i uzasadnionem jest leczenie chirurgiczne. Jak z poprzednio zestawionego piśmiennictwa widać, prawo wyłącznego obywatelstwa wywalczył sobie zabieg doszczętny.

W przypadku moim, w którym przy pomocy cystoskopii uzyskałem najdokładniejszą oryentacyę co do położenia uchyłka, jego stosunku do pęcherza i stanu błony śluzowej, nakreśliłem

z góry plan wykonania zabiegu z cięcia nadłonowego w linii środkowej i operowania zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i plan ten udało mi się najdokładniej do końca przeprowadzić. Przed operacyą nie mogłem tylko oznaczyć stosunku prawego moczowodu do uchyłka i pęcherza. Przy zabiegu okazało się, że moczowód ten uchodził na granicy uchyłka i pęcherza i był w tem miejscu zwężony wskutek zbliznowacenia tej okolicy. Ażeby znieść na przyszłość trudności w odpływie moczu z tej nerki, przeciąłem moczowód, wynicowałem jego wolny koniec i wszczepiłem do pęcherza. Ostatnia cystoskopia stwierdziła doskonałe wgojenie się moczowodu, którego otwór był szeroki i dozwalał na swobodny odpływ moczu.

Z dołączeniem opisanego, jest dotychczas w piśmiennictwie znanych 5 przypadków doszczętnego wycięcia uchyłka pęcherza z odcięciem i przeszczepieniem moczowodu. Są to przypadki Pagenstechera, Czernego, Jounga, Lerchego i ostatni mój. Pagenstecher szedł drogą resekcyi kości krzyżowej, Czerny przez cięcie nadłonowe, obaj zaś operowali dwuczasowo. Joung operował jednoczasowo i posługiwał się drogą zewnątrz i wewnątrzpęcherzową. Lerche obrał najidealniejszą drogę, operując zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i w ten sposób ja operowałem; różnica polegała tylko na sposobie sączkowania jamy po uchyłku; ja wyprowadziłem sączki i dren od góry, Lerche wyprowadził dren przez cięcie na kroczu. Przypadek mój i Jounga dotyczył prawej strony, pozostałe trzy — lewej.

Przypadek mój dowodzi, że operowanie z cięcia nadłonowego, zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo nadaje się nietylko do operowania uchyłków na przedniej i bocznej ścianie, lecz także i do operowania uchyłków na tylnej ścianie pęcherza, gdyż otwór komunikacyjny leżał nizko na tylnej ścianie, a sam uchyłek wypełniał po stronie prawej zatokę Douglasa.

Piśmiennictwo. 1) Aschoff, L. Path. Anat. Bd. 2. Jena 1909. 2) Brougersma, H. Ver. d. deutsch. Ges. f. Urol. 1914. 3). Bierhoff. Dermat. Ztbl. 3. Nr 8. 1900. 4) Blumenthal. In. Dissert. Göttingen. 1868. 5) Buerger, L. Journ. d' urol. 1913. 6) Casper, L. Lehrb. d. Urol. Berlin 1903. 7) Casper, Z. f. Urol. H. 5. 1912. 8) Cholzoff. Arch. f. kl. Chir. 94. 9) Czerny. Beitr. z kl. Chir. Bd. 19. 1896. 10) Englisch, J. Wiener Klinik. Nr 4. 1894. 11) Ehrhardt, O. D. m. W. 1910 Nr 49. 12) Englisch J. Arch. f. kl. Chir. 73. 13) Frisch und Zuckerkand. Handb. d. Urol. Wien. 1904. 14) Fischer, M. Z. f. Urol. Chir. III. H. 3. 15) Frank, E. Z. f. Urol. IV. H. 3. 16) v. Frisch, A. Verhandl. d. Ges. f. Urol. 1912. 17) v. Hoffmann, E. Z. f. Urol. Chir. I. H. 5. 18) Huldschiner. Centrtbl. f. d. K. d. Harn. und Sex. O. 1899. 19) Hofmokl. Arch. f. kl. Chir. 1894. 20) Koller, S. W. kl. W. 1904. Nr 6. 21) Kroiss. Deut. Z. f. Chir. 111. 22) Kollossow. Chirurgiczeski Arch. 1903. H. 3. 23) Langer, A. Prager Z. f. Heilk. 20. 1899. 24) Meyer, F. Centrl. f. d. K. d. Harn. und Sex. 16) 25) Nitsc, M. Lehrb. d. Kystoskopie. Wiesbaden. 1907. 26. Preindlsberger. Verh. d. d. Ges. f. Urol. 1914. 27) Perthes. Deut. Z. f. Chir. 100. 28) Pils. W. kl. W. 1891. 29) Pielicke. Allg. m. Zentralzeit. 1904. 30) Pagenstecher. Arch. f. kl. Chir. 74. H. 1. 31) Pousson, A. Bull. et. mém. de la soc. de Chir. p. 1103. 32) Rotschild, A. Lehrb. d. Urol. Leipzig. 1911. 33) Riedel. D. m. K. 1903. Nr. 44. 34) Shichitaro Sugimura. Virchow's Arch. 204. 1911. 35) Tenże. Virchow's Arch. Bd. 206. 1911. 36) Strauss, F. Verh. d. d. Ges. f. Urol. 1914. 37) Schwarz, C. Beitr. z kl. Chir. 15. 1896. 38) Strauss. Zentr. f. Chir.1 899. Nr 28. 39) Verhoogen, Allg. W. m. Zeitsch. 1900. Nr 1. 40) Wagner. Arch. f. kl. Chir. 76. 41) Wulff. M. m. W. 1904. Nr. 24. 42) Zaaijer. Beitr. z. kl. Chir. 75. H. 3. 43) Ziegler, E. Lehrb. d. path. Anat. Jena. 1898.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

Azocica, azotaemia.
nierozwit, brak wrodzony, aplasia.
niedorost, niedokształt, hypoplasia.
rozrost, hyperplasia.
przerost, hypertrophia.
układ podnietonośny, Reizleitungssystem.
układ przedsionkowokomorowy, Atrioventricularsystem.
cząstki składowe (chem.), Bausteine.
torbielkowatość kiszki, colitis cystica.
właściwy krwi, bluteigen.
wadliwość krwi, Blutentmischung.
pożywka krwawa (jak mocz, stolec krwawy), Blutnährboden.
agar krwawy, Blutagar.
rozwłóknienie, Auffaserung.
serce piwoszów, Bierherz. 6

Piśmiennictwo bieżące.

Györi. **Dalsze wyniki autoseroterapii w durze plamistym.** (Deut. m. W. 1918. 25). Zastosowawszy autoseroterapię w 41 przypadkach duru plamistego, z których tylko 3 (7·3%) zakończyło się niepomyślnie, utrzymuje G., że ten sposób leczenia nietylko zmniejsza znacznie śmiertelność, ale także wpływa bardzo korzystnie na przebieg choroby, zwłaszcza u ludzi starszych i wątlejszych. U chorych osłabionych zaleca się zastosować przed autoseroterapią digalen; środki przeciwgorączkowe są niepotrzebne. Leczenia surowicą nie potrzeba zaczynać przed ósmym dniem choroby; według G. jest nawet działanie surowicy mniej wybitne, jeżeli się zacznie leczenie wcześniej. Surowicę przygotowuje G. w następujący sposób: W ósmym dniu choroby na szczycie gorączki wydobywa z żyły łokciowej (ucisnąwszy żyły powyżej) 100 do 120 cm sz. krwi przez nakłucie, rozdzielając ją odrazu na mniejsze porcye do wyjałowionych flaszeczek Erlenmeyerowskich (bez dodawania karbolu). Flaszeczki zamyka się wyjałowioną watą. W dniach następnych wstrzykuje się do żyły łokciowej surowicę w ilościach wzrastających (5, 10, 15, 20 cm), za każdym razem z nowej flaszeczki, bo raz otwarta surowica może się łatwo zakazić. R.

Prof. Möllers i Dr G. Wolff. **Dotychczasowe doświadczenia co do szczepień ochronnych przeciw durowi plamistemu.** (Deut. m. W. 1918. 25). Jako szczepionki używali M. i W. krwi chorych, do której dodawali 0·2% formaliny, a potem ogrzewali do 60° C. Szczepionką taką szczepili 650 osób. Zachorowało 21, jednakże z tych 6 było szczepionych w okresie wylęgania się choroby, a 4 było tylko dwukrotnie, zamiast trzykrotnie szczepionych. U tych 10 osób wybuchła choroba wkrótce po szczepieniu. Z pozostałych 11, trzykrotnie szczepionych, wybuchła choroba u 6 przed upływem 3 miesięcy, u 5 w 3 do 8 miesięcy. Zmarła jedna. Chociaż więc szczepienie nie chroni od zakażenia bezwzględnie, jednakże, jak się zdaje, zmniejsza znacznie chorobowość i śmiertelność, a ponieważ nie jest niebezpieczniejsze od szczepień przeciw durowi brzusznemu i cholerze, przeto zasługuje na dalsze próby. R.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 10 kwietnia 1918

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. K. Mayer wygłosił wykład p. t.: **Rozpoznawanie gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena.** (Wykład ogłoszony będzie drukiem). Sekretarz doroczny: Dr Michejda.

Posiedzenie kliniczne dnia 17 kwietnia 1918.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Wybrano członkiem jednogłośnie kol. Eugeniusza Artwińskiego.

II. Kol. Borowski przedstawił porównawczo 2 przypadki **odmrożenia.** Rozmaite warunki, wśród których zadziałała jedna i ta sama przyczyna, sprawiły inny przebieg zgorzeli stop u obu chorych i odmienny sposób postępowania. U jednego chorego powstała nekroza palca wskutek silnych bólów i gorączki zmu-

siła do wyłuszczenia tegoż palca i głębokich nacięć dookoła na granicy zdrowej skóry, a gdy nekroza dalej się posunęła, ta sama przyczyna — wysoka ciepłota i bóle, zmusiły do dokonania amputacyi stopy nad kostkami. Nie idąc za zbyt radykalnemi wskazówkami Manteuffla, udało się zachować przeszło trzy czwarte części goleni.

W drugim przypadku przedstawia kol. B. symetryczną nekrozę połówek obu stóp, a przeprowadziwszy różniczkowe rozpoznanie między chorobą Raynauda, cukrzycą, zgorzelą z zadziałań chemicznych, stwierdza, że na opisany obraz złożył się u tego chorego zespół cierpień: kiła, miażdżyca tętnic i odmrożenie. Przebieg w tym wypadku jest o tyle szczęśliwy, że zgorzel od tygodnia stanęła na miejscu, a bezgorączkowy i niebolesny przebieg pozwala na leczenie zachowawcze i wyczekiwanie demarkacyi. (Streszczenie własne.)

W dyskusyi zabrali głos kol.: Wojciechowski i Krzyształowicz.

III. Kol. Dr Mostowska przedstawia 3 przypadki:

1) Chory, który przed 3 laty doznał **przestrzału uda** powyżej kolana, wskutek czego wytworzyła się martwica obu kłykciów kości udowej. Wykonano zabieg, polegający na usunięciu wszystkich obumarłych części kości, przyczem okazało się, iż martwicy uległa także okostna. Pozostawiono ranę aż do zupełnego zagojenia, poczem postanowiono następowo wykonać przeszczepienie kości.

2) Chory z brakiem II. III. IV. palca ręki lewej oraz ostatniego członu palca I. Wykonano zabieg, polegający na usunięciu płata mięśniowokostnego z śródręcza celem **umożliwienia chwytu** między palcem V. a kikutem kciuka. Wynik zadowalniający.

3) Chory, cierpiący na zaparcie i wdęcie od 4 lat. Początkowo nic stanowczego rozpoznać nie było można. Leczono przypadek jako przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i wycięto wyrostek bez wyniku. Wreszcie ustalono zapomocą Röntgena u chorego **megacolon** Hirschprunga i wykonano **ileosigmoideostomię.** Wynik tego zabiegu narazie jeszcze niepewny. Pozostaje w razie wyniku ujemnego dokonanie resekcyi rozszerzonej pętli esowatej, który to zabieg jest najradykalniejszym i daje w tych przypadkach najlepsze wyniki. (Streszczenie własne.)

IV. Kol. Michejda przedstawia:

1) Chorego z **malum Rusti**, leczonego operacyjnie metodą Albeego, zmodyfikowaną odpowiednio do danego przypadku.

2) Dwóch chorych z bardzo rozległemi **zranieniami czaszki** (kość czołowa i częściowo ciemieniowa) bez żadnych objawów nerwowych. U jednego z nich pękniętą oponę twardą zaszyto z dobrym wynikiem.

3) Chorego z ostrem **zapaleniem wyrostka robaczkowego,** zapóźno operowanego. Przebieg pooperacyjny powikłany był wytworzeniem się przetoki kałowej, z powodu której w czasie późniejszym wybrano resekcyę jelita cienkiego na dużej przestrzeni z dobrym wynikiem.

W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Radliński.

V. Kol. Hładij przedstawił:

1) Chorego, u którego z powodu **raka pętli esowatej** wykonał z powodzeniem **resekcyę całego jelita grubego.**

2) Chorego z **guzem powłok brzusznych,** zawierającym zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy, który przebiwszy otrzewną, wypadł do powłok. Prawdopodobnie chodziło o przepuklinę śródścienną.

3) Chorego z raną **postrzałową prącia** po operacyi plastycznej, polegającej na wytworzeniu nowego worka mosznowego i założeniu »boutonnière« u podstawy prącia.

4) Chorego z **resekcyą jelita z powodu gruźlicy.** (Przypadek ten będzie ogłoszony drukiem).

Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 24 kwietnia 1918.

(w klinice chorób wewnętrznych.)

Przewodniczący: kol. prezes prof. Krzyształowicz. Członków obecnych 17.

I. Kol. Prezes uczcił w krótkiem przemówieniu pamięć ś. p. Dr Antoniego Marsa, profesora położnictwa i ginekologii na Uniwersytecie lwowskim, byłego prezesa i członka honorowego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przemówienia tego obecni wysłuchali stojąc.

II. Prof. Rosner przedstawia **jaje płodowe dwutygodniowej ciąży,** pochodzące z poronienia; w tym przypadku jaje wydzieliło się z macicy wraz z odlewem całej doczesnej. Jestto jedno z najmłodszych jaj płodowych, znanych w literaturze; jest tem rzadsze, iż pochodzi z poronienia, zazwyczaj krwotok, powstały przy poronieniu, niszczy jaje płodowe. Wszystkie dotychczas otrzymane wczesne jaja płodowe pochodzą ze zwłok. Prelegent omawia przy tem sposób implantacyi jaja w macicy i sposób jego odżywiania.

III. Kol. Borowiecki przedstawił:

1) Przypadek **syryngomyelii** o typie pachymeningitycznym. Chory l. 43, żonaty, rolnik, z rodziny nieobarczonej chorobami nerwowemi, nie nadużywał alkoholu, nie przechodził kiły ani innych ciężkich chorób, nie doznał urazu. W zimie r. 1917. zaczął cierpieć na bóle nóg i krzyża, wkrótce potem na bóle tułowia na wysokości serca, wreszcie bóle ramion i karku. Wkrótce po bólach wystąpiło osłabienie nóg, a wkrótce potem osłabienie prawej ręki. W chwili przyjęcia do kliniki w październiku r. 1917 skarżył się chory na niemożność chodzenia, dosyć rozległe bóle opasujące w okolicy górnej części tułowia i palenie po wewnętrznej stronie kończyny górnej. Badanie stwierdziło paraplegię spastyczną kończyn dolnych, niedowład kończyny górnej prawej, zajmujący głównie drobne mięśnie ręki, oraz zaburzenia czucia dolnej części ciała, sięgające na tułowiu na trzy palce powyżej sutków, oraz lżejsze nieco na prawej ręce i przedramieniu po wewnętrznej jego stronie.

Po wykluczeniu stwardnienia rozsianego ze względu na wybitne zaburzenia czucia, bóle korzonkowe, brak drżenia oczu, mowy skandowanej, drżenia zamiarowego, dalej po wykluczeniu zmian kiłowych (meningomyelitis luetica), ze względu na ujemny wynik odczynu Wassermanna z płynu mózgowordzeniowego i ze krwi oraz ujemny wynik energicznego leczenia przeciwkiłowego, pozostały do rozpatrzenia w pierwszej linii: syryngomyelia, guz rdzenia kręgowego i zmiany opon części szyjnej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica). Syryngomyelia w swej klasycznej postaci ze zmianami w drobnych mięśniach rąk, dyssocyacyą czucia i bardzo powolnym rozwojem przedstawia się inaczej, również guz zewnątrzrdzeniowy mógł być pominięty (brak objawów Brown-Séquarda, brak asymetryi objawów), pozostało zatem wahanie pomiędzy guzem wewnątrzrdzeniowym, a zmianą opony twardej. Dość rozlany charakter bólów opasujących i bolesności kręgosłupa nakazywał ostrożność w kierunku rozpoznania guza wewnątrzrdzeniowego, z drugiej strony jednak analogia rozwoju tego przypadku z rozwojem guza wewnątrzrdzeniowego, w szczególności wstępujący rozwój objawów oraz możliwość ewentualnej pomocy operacyjnej nawet w razie istnienia guza wewnątrzrdzeniowego skłaniały do wykonania próbnej laminektomii. Operacya, wykonana przez kol. doc. Radlińskiego w części górnej grzbietowej i dolnej karkowej kręgosłupa, wykazała lekkie zmiany zapalne (zrośnięcie rdzenia i opon między sobą) oraz jamę rdzenia, wielkości orzecha laskowego o ścianach, wytworzonych z rdzenia. Śladów guza nie odnaleziono. Za sprawą zapalną przemawiał również wynik badania płynu mózgowordzeniowego, przedstawiający odczyn Nonne-Apelta dodatni, oraz lekką plecocytozę, (7 ciałek komórkowych w 1 mm^3). Przypadek ten zasługuje na bliższą uwagę z dwóch względów: 1) z punktu widzenia różniczkowej dyagnostyki pomiędzy guzem wewnątrzrdzeniowym, syryngomyelią i zmianani opony twardej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica) 2) z punktu widzenia patogenezy syryngomyelii, stanowiąc przykład syryngomyelii pochodzenia zapalnego.

2) Przypadek **przestrzału obydwu płatów potylicznych** ze znacznymi obustronnymi ubytkami pola widzenia oraz agnozyą optyczną: Chory był 11. III. 1915 raniony kulą w głowę. Kula przeszła na wylot tylną część czaszki, poczem chory stracił na jakiś czas przytomność. Kiedy powrócił do przytomności, nie widział nic i myślał, że ma oczy wybite. Nawet światła nie dostrzegał. Powoli jednak zaczął widzieć i wzrok mu się poprawiał. Od lata 1917 r. stan ma nie ulegać zmianie. Obecnie chory skarży się na bóle i zawroty głowy, upośledzenie wzroku, trudność oryentacyi w mieście, w klinice. Zaburzenia najważniejsze chorego odnoszą się do sfery wzrokowej, przedewszystkiem wykazuje on obustronne ubytki pola widzenia, hemianopsyę lewostronną, głównie w odcinku dolnym. Dalej ocenia on odległość przedmiotów błędnie, sięga zazwyczaj za blizko, barwy niezawsze rozpoznaje, a zwłaszcza z pamięci podaje określenia barw wadliwie (n. p. niebo pogodne jest białe), z trudem pojmuje obrazki, powoli poznając szczegóły i z trudem układając je w jedną całość, niekiedy nie rozpoznaje przedmiotów na obrazku, jakkolwiek kształt i barwę ich podaje (n. p. sito nazywa obręczą). Wreszcie oryentuje się wadliwie, z trudem uprzytomnia sobie, którędy wszedł do pokoju i t. d. Zaburzeń afatycznych, alektycznych i agraficznych chory ten nie wykazuje.

Przypadek ten da się zawrzeć w ramach projekcyi siatkówki na korze mózgowej według Henschena, która w doświadczeniach wojennych znalazła silne poparcie. Poparcia tego można dopatrywać się w tym przypadku w wypadnięciu większem, bo obustronnem i znaczniejszem dolnej połowy pola widzenia, co jest według materyału wojennego najczęstsze, oraz w przechodzeniu granicy pomiędzy utraconem a zachowanem polem widzenia przez plamkę żółtą, co odpowiada również ścisłej reprezentacyi plamki w korze mózgowej, głoszonej przez teoryę Henschena. Poza tem chory ten przedstawia dość ciężki i charakterystyczny obraz zaburzeń optyczno-agnostycznych, czyli, mówiąc inaczej, ślepoty psychicznej lżejszego stopnia. Ślepota i ślepota psychiczna po uszkodzeniu płatów potylicznych jako ciężkie stany znane były już przed wojną. Po raz pierwszy opisane zostały u zwierząt, operowanych przez Munka. Doświadczenia wojenne przekonały nas, że ślepota psychiczna w swej ciężkiej postaci jak i ślepota są nadzwyczaj rzadkie i nie trwają długo, przedstawione wyżej zaburzenia optyczno-agnostyczne są natomiast dość częste i długotrwałe. Zarówno ślepota psychiczna, jak zaburzenia optyczno-agnostyczne zdarzają się wbrew przekonaniu, panującemu prawie niepodzielnie dotychczas, iż zdarzają się one tylko przy obustronnem dotknięciu płatów potylicznych, zarówno przy uszkodzeniu jednego, jak i obu płatów potylicznych. Również hemianopsya nie ma być koniecznym warunkiem ślepoty psychicznej.

Dyskusya: Kol. doc. Radliński wykonał u pierwszego chorego laminektomię na wysokości VII. kręgu szyjnego i pierwszego piersiowego, przyczem stwierdził, że opona twarda jest gruba i silnie napięta, wypukla się do rany; po przecięciu jej okazało się, iż tuż za nią wewnątrz rdzenia, który tu posiada tylko cienkie blaszki, znajduje się jama wielkości orzecha laskowego, wypełniona krwawym płynem, wylewającym się po otwarciu jamy pod ciśnieniem. Poniżej i powyżej, o ile stwierdzić zdołano, rdzeń jest prawidłowy. Na zasadzie tego kol. Borowiecki wnosi, iż chodzi tu o ognisko zapalne rdzenia.

Nawiązując do drugiego przypadku, stwierdza R., że rany postrzałowe mózgu naogół goją się źle z powodu łatwo występującego ropienia, wywołującego objawy nawet po upływie szeregu tygodni i miesięcy. W listopadzie 1916 r. dokonał R. u jednego chorego, który kilka miesięcy przedtem był ranny, trepanacyi czaszki w celu wydobycia odłamka granatu, znajdującego się w płacie potylicznym. (Wlot przez jamę oczodołową ze zniszczeniem gałki ocznej). Odłamek ten, wielkości człona palca, znajdował się w jamie, wypełnionej ropą; pomimo to wygojenie poszło gładko. Operowany wysłany został jako względnie zdrowy z kompanią robotniczą na front. Obecnie po upływie przeszło roku dostał się znów na oddział chirurgiczny z powodu oderwania wybuchem bomby obu rąk. Ze strony mózgu żadnych zaburzeń nie miewał.

IV. Kol. Artwiński wygłosił wykład p. t.: **W sprawie nerwic urazowych.** Mimo rozbieżności poglądów teoretycznych w sprawie nerwic urazowych doświadczenie wojenne wyłoniło pewne poglądy, które przez różne szkoły mogą być uznane za wspólne. Dorobkiem takim jest: 1) pomyślniejsze, niż dotychczas przypuszczano, rokowanie; 2) zależność przebiegu nerwic urazowych od czynników czysto osobistych (pożądania, życzenia, lęki), nic wspólnego nie mających z urazem; 3) doniosły wpływ racyonalnego leczenia na przebieg nerwic urazowych. Jako konsekwencya praktyczna: jednorazowe szybkie odszkodowanie i leczenie neurotyków w specyalnych dla tego celu przeznaczonych lecznicach, które powinny powstać zarówno w interesie poszkodowanych, jak i społeczeństwa. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 1 maja 1918.

Przewodniczący: Kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 35.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Nowotny wygłosił wykład p. t.: **O fizyologii migdałka.** (Wykład pojawi się drukiem w ramach monografii o migdałku).

Dyskusya: 1) Kol. prof. Klecki zaznacza, że zdanie, przytoczone przez prelegenta, jakoby leukocyty pochłaniały tylko martwe bakterye, nie zgadza się ze spostrzeżeniami wielu bardzo autorów (Miecznikowa i jego szkoły), dowodzącemi niezbicie, że i żywe bakterye mogą być przez leukocyty pochłonięte.

2) Kol. prof. Krzyształowicz stwierdza, że Miecznikow w badaniach swych nad fagocytozą poszedł stanowczo za daleko, wierdząc n. p., że i siwienie włosów polega na fagocytozie. Nie zmniejsza to jednak wcale zasług tego niepospolitego umysłu.

Prócz tego w dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. prof. Klecki i prelegent.

Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Polski Zjazd w sprawie wyludnienia.

Zjazd w sprawie wyludnienia organizuje Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi i nierządem w Warszawie przy współudziale delegatów wszystkich instytucyi lekarskich, prawniczych i pedagogicznych w Warszawie; do udziału w organizacyi Zjazdu zostali zaproszeni przedstawiciele uniwersytetu krakowskiego, lwowskiego i warszawskiego. Organizatorowie Zjazdu starają się dla Zjazdu o protektorat Rządu polskiego resp. Ministerstwa zdrowia publicznego.

Zjazd ma się odbyć w Warszawie 1—3 listopada 1918.

Prace Zjazdu obejmą trzy główne działy: 1) Walka z chorobami wenerycznemi i nierządem. 2) Organizacya ochrony macierzyństwa, opieki nad dziećmi i zwalczanie sztucznego ograniczania przyrostu ludności. 3) Walka z klęskami nędzy i wojny.

Stosownie do tego utworzyły się trzy komisye, do których weszli: 1) Przewodniczący Dr A. Kozerski (delegat Stowarzyszenia lekarzy polskich), I zastępca prof. Łazowski (del. Stowarzyszenia nauczycielskiego), II zastępca i gospodarz Dr W. Wesołowski (z ramienia polsk. Tow. walki z chor. wener.), sekretarz Dr Krzywski (inspektorat W. p.) i Dr A. Racinowski, członkowie Dr Robert Bernhardt (szpital św. Łazarza), Dr J. Wiśniewski (szp. ewangelicki), p. Kołaczkowska (Chrześc. Ochrona kobiet), p. Idzikowska (Przystań dla kobiet i Wydział obyczajowy magistratu m. Warszawy), mec. Popowski (del. Koła prawników). — 2) Przewodniczący Dr Wł. Szenajch (del. Ministerstwa zdrowia i Tow. medycyny społecznej), zastępcy Dr Anders (prezes Tow. pedyatrycznego), mec. G. Cederbaum (del. Stow. prawników), sekretarze Dr R. Stankiewicz (del. szpitala dziecięcego im. Karola i Maryi) i inż. Sokal (przewodniczący Wydziału ochrony pracy w Ministerstwie), członkowie mec. Manteuffel, mec. Ettinger jun., Dr Budzińska-Tylicka, gospodarz Dr Rygier-Cękalski (del. Polsk. Tow. walki z chor. wener.). — 3) Przewodniczący prof. L. Krzywicki (prezes Polsk. Tow. statystyków i ekonomistów), zastępcy Dr A. Ciągliński (del. Sekcyi szpitalnej m. Warszawy) i Dr L. Karwacki (del. Sekcyi zdrowotności publ. m. Warszawy), sekretarze p. Librach, gospodarz Dr H. Nusbaum (del. Polsk. Tow. walki z chor. wen.), członkowie Dr Szmurło (del. Tow. przeciwgruźliczego), Dr S. Rudzki (przedstawiciel Ministerstwa zdrowia), prof. Dr K. Rzętkowski (Uniwersytet warszawski), mec. Kijeński (Stow. prawników).

Oprócz tego będą utworzone sekcya gospodarcza i prasowa.

Na przedstawicieli Zjazdu poza Warszawą zostali zaproszeni: prof. Dr Ciechanowski i prof. Dr Krzyształowicz w Krakowie, prof. Dr Łukasiewicz, prym. Dr Lenartowicz, prezydent Izby lek. Dr Papée i Dr Zofia Daszyńska-Golińska we Lwowie, Dr Chłapowski i Karwowski w Poznaniu, Dr Szuman i Steinborn w Toruniu.

W każdym z 3 działów Zjazdu będą się odbywać tylko posiedzenia plenarne. Jako tematy obrad ustalono:

W I dziale: Współczesny stan chorób wenerycznych i nierządu na ziemiach polskich. Współczesny stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Lekarskie, prawne i społeczne metody walki z chorobami wenerycznemi i nierządem.

W II dziale: Współczesny stan ochrony macierzyństwa i opieki nad dziećmi na ziemiach polskich. Śmiertelność wśród dzieci w Polsce i jej statystyka. Walka z ograniczeniem przyrostu ludności — lekarska, prawna i społeczna.

W III dziale: Współczesny stan odżywiania ludności na ziemiach polskich. Metody walki ze złem odżywianiem. Współczesny stan gruźlicy w Polsce i metody walki z gruźlicą. Stan chorób zakaźnych ostrych (dur plamisty, czerwonka i t. d.) i metody ich zwalczania.

Każdy temat przedstawią referenci z każdej z dzielnic. Referaty o zwalczaniu klęsk przedstawione będą przez lekarza, prawnika lub socyologa i pedagoga. Referaty będą zakończone wnioskami (dezyderatami). Streszczenia referatów muszą być na 6 tygodni przed Zjazdem przesłane Komitetowi Zjazdu, każdy mowca zaś musi swe wnioski wręczyć na posiedzeniu sekreta-

rzowi posiedzenia, by mogły być pomieszczone w Pamiętniku Zjazdu.

W sprawach ogólnych Zjazdu należy zwracać się na razie do redakcyi pisma p. t. »Zagadnienia rasy«, Warszawa, Jerozolimska 66, m. 2, w sprawach działu I do Dr Ad. Kozerskiego, Hortenzya 6, działu II do Dr Szenajcha, Krak. Przedmieście 54 lub Ministerstwo zdrowia publ. Marszałkowska 154, w sprawach działu III do Dr A. Ciąglińskiego, ul. Kopernika 11.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. VI. posiedzenie, na którem Dr Rogalski i Dr Rychliński przedstawili chorych, poczem Dr Rychliński miał wykład o ciąży zewnątrzmacicznej.

— Na wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« złożył dar Dr T. Pisarski.

Warszawa. Nagrodę im. Dr Dobrzyckiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Teodorowi Heryngowi za pracę o stosowaniu terapii inhalacyjnej w zdrojowiskach.

— Polskie Towarzystwo walki z nierządem i chorobami wenerycznemi wydawać ma od lipca b. r., jako swój organ, nieperyodyczne pismo p. t. »Zagadnienia rasy z punktu widzenia zdrowia społecznego«. Redaktorami są Dr Leon Wernic, prezes Towarzystwa i Dr W. Wesołowski, wydawcą Dr J. Wiśniewski, do komitetu redakcyjnego należą z Warszawy minister Dr Chodźko, Dr Ciągliński, Kozerski, prof. Loth, Dr H. Nusbaum, Racinowski, Szenajch, prof. K. Stołyhwo, Dr Trenkner, z Krakowa prof. Ciechanowski i prof. Krzyształowicz, ze Lwowa prym. Lenartowicz, z Poznania Dr Karwowski, z Płocka Dr Maciesza, z Torunia Dr Steinborn, z Drohiczyna A. Wysłouch.

— Doc. Dr Władysław Janowski powrócił z Rosyi do Warszawy i objął swoje stanowisko w szpitalu Dz. Jezus.

Redakcya otrzymała: Wernic: Współczesne poglądy na pochodzenie, rozpoznawanie i leczenie róży. (Dodatek do Medyc. i Kron. lek. 1918). — Klęsk: Człowiek w kajdanach zmysłów. Tarnów 1918. Nakładem autora. Str. 56.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1918. Zesz. 6.

Zeszyt czerwcowy zawiera dwie rozprawy prof. Langsteina: 1) O kile wrodzonej. 2) O ochronie dzieci i niemowląt, oraz przegląd nowszych prac pedyatrycznych, zestawiony przez Dr Rhonheimera.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1918.

Gazeta lekarska Nr 21—23: J. Jaworski: Antoni Noga-Mars (wspomnienie pozgonne) (21). — Serkowski: Torbiel sarkosporidiowa (22). Dobrowolski (dok. 22). — Jonscher: O ponownem występowaniu zlepników we krwi (23—24). — Szymański: Rozszczepienie tętnicy głównej (23). — Popiel: Wiek pierworódek, a przebieg porodu (24).

Zdrowie Z. 5. (Maj): Polak: 1) W sprawie organizacyi państwowej zdrowia publicznego. 2) Przyczynek do statystyki śmiertelności w Warszawie. — Nr. 6. (Czerwiec): Dobrzyński: Szkic projektu reformy mieszkaniowej. — Adamski: Mieszkania suterenowe. — Bier: W sprawie utworzenia w Polsce ministerstwa zdrowia. — Polak: Odpowiedź na powyższe uwagi.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Do tego numeru załącza się uwagi Dra St. Kurkiewicza p. t. **„O konieczności źródłosłowowo-swojskiego słownictwa zawodowego“.**

Rok LVII. Kraków, 6. lipca 1918. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr. 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

IV.

O zachowaniu się azotu pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał[1])

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr farm. A. Gottesmanna z Budapesztu.

Jednem z najtrudniejszych zadań lekarza w przypadkach zapalenia nerek jest ocena jego pod względem ciężkości przebiegu, i to tak w najbliższym czasie, jak w dalszej przyszłości; to pytania, na które odpowiedzi wymaga od nas zawsze rodzina chorego, i to w najszybszym czasie. Nie wystarczyło nam dotychczas w tym kierunku nawet najszczegółowsze kliniczne badanie moczu, oznaczanie, choćby codzienne, ilości białka w moczu, zachowanie się osadu moczowego, a nawet dokładnej dobowej ilości moczu. Przypomnę choćby tylko to, jak nieraz groźniej przedstawia się przypadek schorzenia nerek z dużą ilością moczu, a małą białka i nieprawidłowego osadu moczowego, niż drugi, przebiegający przeciwnie z małą ilością moczu, dużą białka i osadu, zawierającego obfite wałeczki i inne składniki nieprawidłowe. Wyjątek stanowią chyba przypadki skrajnego zmniejszenia się dobowej ilości moczu, aż do zupełnego bezmoczu, który z pewnem zastrzeżeniem zapowiada wprost, że sprawa, tocząca się w nerkach, jest bardzo poważna i grozi zupełnem zatrzymaniem się końcowych produktów przemiany materyi, które po czasie nie mogą być obojętne dla tkanek żywych, mogąc wywołać objaw t. zw. zatrucia moczem z ostatecznym wyrazem, to jest mocznicą. Obraz, powiedzmy, makroskopowy moczu, będąc w pierwszym rzędzie wyrazem anatomicznego stanu nerki, nie daje nam właściwie głębszego pojęcia o fizyologicznej sprawności nerki, która jedynie rozstrzyga o następstwach sprawy chorobowej dla całego ustroju. Nie zmiana anatomiczna, toczącą się w nerkach, lecz na tle jej powstające zaburzenia głębszej czynności i fizyologicznej sprawności nerek, to rzecz najważniejsza, która będzie rozstrzygać o przyszłości danego przypadku. Ocena funkcyonalna nerek zatem, to podstawa rokowania o przebiegu i o przyszłości dotkniętego osobnika. W każdym więc przypadku klinicznym schorzenia nerek dążeniem naszem musi być badanie t. zw. funkcyonalne nerek, celem dojścia do pojęcia, czy i w jakim stopniu stan anatomiczny wpłynął na sprawność ich w danym przypadku, bo wtedy dopiero dojdziemy do zupełnego urobienia sobie zdania o jego stanie klinicznym.

Na podstawie dotychczasowych badań miarę sprawności nerek stanowi przedewszystkiem ich zdolność do wydzielania ciał, prawidłowo przez nie wydzielanych, więc wody, soli kuchennej i azotowych produktów rozpadu białka. Mniej może wyników praktycznych dostarczyło nam szczegółowe badanie chemiczne samego moczu, którego celem było obliczenie ilościowe tych ciał, wydzielonych drogą moczu; ścisłe rozumowanie zaś skłoniło przedewszystkiem do poszukiwania tych ciał we krwi, ewentualnie w tkankach dotkniętego osobnika. Upośledzenie wydzielania drogą nerek czy to wody, czy to soli kuchennej lub też produktów rozpadu białka logicznie musi w następstwie wywołać zatrzymywanie i nagromadzanie się ich w nadmiernej ilości z jednej strony w surowicy krwi, a z drugiej w tkankach i przepojenie ich temi ciałami. Może mniej niebezpieczne dla życia tkanek jest zatrzymanie wody i soli kuchennej, bo groźne następstwa jego dadzą się niejako powstrzymać przez ograniczenie wprowadzania ich do ustroju. Najgroźniejszem zaś, jak doświadczenie poucza, jest nagromadzenie się w ustroju produktów rozpadu białka, jako następstwo białkowej przemiany materyi, zwłaszcza, że nagromadzenie się tych ciał, wywołane niesprawnością nerek, nie da się powstrzymać ani przez ograniczenie ilości wprowadzonego białka, ani przez odżywianie osobnika tylko tłuszczowo-węglowodanowe, a nawet przez zupełne głodzenie. Stąd wniosek, który wysuwa przedewszystkiem z naciskiem Volhardt, że najważniejszą czynnością nerek, której wstrzymanie musi sprowadzić śmierć, jest zdolność wydzielania produktów azotowych rozpadu białka. Wykazanie zatrzymywania się i nagromadzania się ich w ustroju, to podstawa oceny ciężkości danego przypadku schorzenia nerek. Jasnem jest, że tych N-ciał szukać będziemy przedewszystkiem w surowicy krwi, licząc się jednak z tem, że tak samo ważne, a może nieraz i ważniejsze będzie dla ustroju gromadzenie się ich w tkankach, ale wykazanie ich tu za życia osobnika usuwa się z pod naszych badań. Wobec pewnej równoległości jednak między nagromadzeniem się N-ciał we krwi i w tkankach oznaczenie ich zawartości tylko we krwi może i musi nam służyć jako dostateczny wykładnik ich zawartości w całym ustroju.

Przechodząc do techniki samych badań, przypomnę, że uczeni francuzcy ograniczali się przeważnie do oznaczania we krwi ilości nagromadzonego mocznika, uważając go za najważniejszy produkt rozpadu białka i przemiany materyi białkowej wogóle. Niemiecka szkoła. oznaczała zaś przeważnie całą ilość azotu pozabiałkowego surowicy krwi, t. zw. azotu resztującego (R-N), rozumiejąc przez to tę ilość azotu, którą zawiera krew lub też surowica krwi po strąceniu całej ilości białka rodzimego surowicy lub też krwi całkowitej; stąd nazwa azotu pozabiałkowego lub też resztującego (R-N). Inni autorowie znowu ograniczali się tylko do oznaczania dalszych produktów białkowej przemiany materyi poza mocznikiem, więc kwasu moczowego, indykanu, kreatyny i t. d. Rzętkowski n. p. oznaczał zawartość t. zw. N-formolowego, a wreszcie Amerykanie Christian, Frothingam, O. Hare, Woods oznaczają t. zw. Residual-N, to jest azot krwi, pozostający po odtrąceniu od całej liczby azotu pozabiałkowego, azotu mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego i indykanu i t. d. to jest ciał, dających się ściśle określić. Dążnością tych wszystkich badań jest nietylko wykazanie nagromadzenia się N-ciał przemiany materyi białkowej, lecz przedewszystkiem stwierdzenie, które z nich jest przyczyną zatrucia ustroju w chwili, gdy sprawność nerki odmówi posłuszeństwa. Nie chcąc wchodzić w szczegóły tej cząsteczkowej analizy N-ciał we krwi, i to przedewszystkiem w przypadkach schorzenia nerek, zatrzymam się szczegółowo nad naszymi wynikami, które otrzymaliśmy w naszych przypadkach ostrego zapalenia nerek. Zaznaczyć muszę, że w naszych przypadkach oznaczaliśmy przedewszystkiem

---

[1]) Według wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

całą zawartość azotu pozabiałkowego we krwi, bo, obejmując wszystkie ciała azotowe białkowej przemiany materyi, możemy dojść do najogólniejszego pojecia o zaburzeniach sprawności nerek, dotyczących wydzielania produktów rozpadu białka. Ten sposób postępowania może nam dać temsamem podstawę dostateczną do oceny klinicznej naszych przypadków i dalszego rokowania w ich przebiegu, a tę sprawę chcieliśmy przedewszystkiem omówić dokładnie. Pytanie, które z tych N-ciał ma najważniejsze znaczenie przy zatruciu (nerkowem) ustroju, to muzyka przyszłości; na nie może później będziemy się starali odpowiedzieć.

Co do sposobu postępowania w naszych przypadkach zaznaczyć muszę, że oznaczanie azotu pozabiałkowego (R-N) wykonywaliśmy nie w całej krwi, lecz tylko w samej surowicy, którą odbiałczaliśmy sposobem, podanym przez Oszackiego, przy użyciu $1^1/_2$-procentowego octanu uranowego. Sposób ten odbiałczania surowicy krwi, jako najprostszy a pewny, nadawał się najlepiej w naszych warunkach szpitalnych. Zaznaczyć jednak należy, że odbiałczanie surowicy było zupełne tylko wtedy, jeżeli używaliśmy świeżo sporządzonego lub najwyżej dwutygodniowego do trzytygodniowego rozczynu octanu uranowego, na co należy zwrócić szczególną uwagę, bo w przeciwnym razie liczba, wyrażająca azot pozabiałkowy, będzie zbyt wysoka wobec resztek białka, które nie zostało wytrącone z surowicy. Dla pewności płyn, uzyskany po odbiałczeniu, należy od czasu do czasu zbadać co do zawartości białka, ażeby nie dojść do fałszywych wyników. Po odbiałczeniu surowicy oznaczaliśmy azot sposobem Kjeldahla, z tą odmianą, że siarkan miedzi zastępowaliśmy octanem uranowym in substantia, co nam ułatwiało spalanie ciał azotowych, zawartych w badanym płynie. Oznaczanie wykonywaliśmy zwykle w 5 cm sz. surowicy, więc w ilości, dającej się łatwo uzyskać w każdym przypadku. Licząc się z faktem, że spożycie większej ilości białka czy to chwilowo, czy to na dłuższy czas może zwiększyć liczbę N-ciał w surowicy krwi, nasze badania przeprowadzaliśmy zawsze w surowicy uzyskanej na czczo lub też po skromnem, o ile możności bezbiałkowem pierwszem śniadaniu, i to zawsze o pewnej stałej godzinie. Krew uzyskiwaliśmy przez nakłucie żyły pośrodkowej (vena mediana), a nie napotykaliśmy przy tem prawie nigdy na trudności, któreby nam uniemożliwiały uzyskanie potrzebnej ilości krwi u badanego osobnika. Nakłucie żyły przeprowadzaliśmy zawsze w godzinach między 10. a 11. przedpołudniem, i to przy stałej dyecie małobiałkowej, która nie mogła sztucznie wpływać na podwyższenie azotu pozabiałkowego w surowicy. W tych warunkach uzyskane liczby możemy uważać za dostatecznie podmiotowe.

W tych warunkach liczba prawidłowa N-pozabiałkowego, u zdrowego osobnika, wynosi 20—30 mg. w 100 cm. sz. surowicy, i to przy odbiałczaniu sposobem Oszackiego; przy innych sposobach odbiałczania, n. p. przez zakwaszanie i gotowanie, liczba dla N-pozabiałkowego jest nieco wyższa, tak, że przy tych badaniach należy zawsze podać sposób, którym surowicę pozbawiono białka.

Na moim oddziale mając przedewszystkiem przypadki ostrego schorzenia nerek, zatrzymam się w tej pracy nad wynikami, uzyskanymi w przypadkach ostrego schorzenia nerek, w których tak rokowanie jak i leczenie zależy często właśnie od zatrzymywania się N-ciał rozpadu białka w surowicy krwi. Liczba ogólna przypadków, badanych przezemnie w tym kierunku, które możemy uwzględnić w obecnej pracy, wynosi 67 przypadków. Z tych w pewnej liczbie zawartość N-pozabiałkowego badaliśmy tylko raz jeden, i to w tych, w których liczba N była nizka, a przebieg kliniczny nie ulegał zmianom niekorzystnym. W innych przypadkach znowu oznaczanie N-pozabiałkowego powtarzaliśmy co parę dni lub tygodni, i to zwłaszcza w przypadkach klinicznie ciężkich. Chciałbym właśnie zwrócić uwagę na te badania okresowe, powtarzane co jakiś czas, i to zwłaszcza w przypadkach ostrego zapalenia nerek, w których liczby dla R-N w surowicy były wysokie, ponad miarę prawidłową, a przebieg kliniczny był ciężki, połączony z wahaniami tak w kierunku korzystnym, jak i niekorzystnym. Wahania liczby R-N w surowicy krwi w tych przypadkach były właśnie jednym z najważniejszych nieraz wskaźników przebiegu przypadku.

Co do postaci klinicznej przypadków przez nas badanych zaznaczę, że należały one częścią do grupy schorzeń, w których przeważało zajęcie anatomiczne miąższu nerkowego pod postacią przedewszystkiem zwyrodnienia nabłonków, więc postacie, które obejmujemy nazwą nefrozy, częścią zaś przeważały postacie, które musimy zaliczyć do spraw nerkowych zapalnych w ścisłem słowa znaczeniu (nephritis sens. str.), z zajęciem przedewszystkiem kłębków nerkowych (glomerulonephritis), lub też z naciekami zapalnymi w tkance pozakłębkowej (nephritis interstitialis). Nie uwzględniamy zaś przypadków zapalenia nerek przewlekłego, a zwłaszcza spraw z przewagą miażdżycy naczyń nerkowych. Dodam, że mając małe doświadczenie, zwłaszcza dotyczące kontroli pośmiertnej nerek w naszych przypadkach, nie mogę zabierać głosu w sprawie podziału schorzeń nerkowych, lecz będę się trzymać dziś podziałów cudzych, uwzględniając przedewszystkiem podział, podany przez Volhardta i Fahra.

Ze względu na wysokość liczby azotu pozabiałkowego we krwi nasze przypadki możemy podzielić w ogólności na dwie grupy, z których pierwsza obejmuje te, w których znaleźliśmy w surowicy krwi liczbę prawidłową, a druga przypadki z liczbą zwiększoną N. pozabiałkowego we krwi.

I. grupa.

W jedną grupę łączymy tu przypadki z liczbą prawidłową dla N. pozabiałkowego we krwi, i to bez względu na postać i przebieg ich kliniczny. Suma przypadków, należących do grupy I. wynosi 20, to jest 29,8% wszystkich przez nas uwzględnionych przypadków; dodam, że wszystkie należą do postaci ostrego schorzenia nerek, w których badania nasze przeprowadzaliśmy przeważnie w pierwszym lub w pierwszych tygodniach zachowania.

Liczba N. pozabiałkowego wahała się w tych przypadkach w granicach między 30 a 40 mg. w 100 sz. surowicy krwi, a średnio wynosiła 36,3 mg. Dla bliższej oryentacyi w szczegółach podaję poniżej w krótkości przypadki z ważniejszemi datami klinicznemi wraz z liczbą dla N. pozabiałkowego; przy wynikach badania moczu nie podaję jednak bliższych danych, więc n. p. ani obecności, ani rodzaju wałeczków, lecz tylko parę dat, dotyczących zachowania się białka, C. g. moczu i krwi w osadzie, bo te są mi najbardziej potrzebne do dalszego rozpatrywania przypadków.

Przypadki o prawidłowej liczbie (20—40 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Bilek 42. l. 4. tydzień choroby, obrzęki znaczne, serce powiększone lekko. P = 60 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1‰—0·5%, C. g. 1034—1020, w osadzie krwi brak, R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

2. Toldi 37. l. 10. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce nie powiększone, wątroba macalna. Mocz: białko, 2·3‰, C. g. 1030, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 38 mg.

3. Daczka 48. l. 8. dzień choroby, obrzęki średnie, serce lekko powiększone. Mocz: białko, 2·25‰, C. g. 1025, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

4. Kiss 19. l. 5. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce lekko powiększone, P = 52 na min. Mocz: białko 3‰, C. g. 1026, w osadzie krwi brak, napady mocznicy drgawkowe, śmierć. R-N w 100 cm sz. 36·4 mg., śmierć wśród napadów drgawek, tuż po nakłuciu żyły.

5. Łukasik 20. l. 7. dzień choroby, obrzęki małe, serce prawidłowe, P = 68 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 10‰, C. g. 1016, w osadzie bardzo liczne ciałka czerwone krwi. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

6. Zach 47. l. 2. miesiące choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 64 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·1‰, C. g. 1014. w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 36·2 mg.

7. Podobny 44. l. 14. dzień choroby, obrzęki średnie, serce lekko powiększone, P = 78 na min., wątroba macalna. Mocz: białko 3‰, C. g. 1026, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

8. Babickovic 34. l. 3. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 1‰—0·4‰—0·5‰, C. g. 1024—1022—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 36·6 mg.

9. Cebula 46. l. 2. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1‰, C. g. 1018, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi. R-N w 100 cm sz. 36·6 mg.

10. Liczul 22. l. 2. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 10‰—3·2‰, C. g. 1026—1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

11. Kiselow 22. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, wątroba powiększona, śledziona powiększona, w moczu białka brak (nephritis analbuminurica). R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

12. Tressing 32. l. 10. dzień choroby, ślad obrzęków, serce

bez zmian, P = 72 na min. Mocz: białko 0·5‰. C. g. 1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

13. Tartek 28. l. 2. tydzień choroby, obrzęki nieznaczne, serce bez zmian. Mocz: białko 0·5‰. C. g. 1022, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

14. Scharf 31. l. 12. dzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 60 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·75‰—2‰, C. g. 1020—1028, w osadzie mierna ilość krwi. R-N w 100 cm sz. 36·4 mg.

15. Balogh 28. l. 12. dzień choroby, obrzęki silne, serce bez zmian, P = 52 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 3‰, C. g 1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

16. Stiasny 49. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone lekko, wątroba macalna, P = 42 na min. Mocz: białko 1·5‰—0·75‰, C. g. 1020—1012, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

17. Opheut 21. l. 3. tydzień choroby, obrzęków brak, serce bez zmian, P = 72 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 0·3‰, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

18. Chomiak 24. l. 5. dzień choroby, obrzęki średnie, P = 42 na min., wątroba lekko powiększona, w moczu białka brak (nephritis analbuminurica). R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

19. Jindra 47. l. 8. dzień choroby, brak obrzęków, serce bez zmian. Mocz: białko 0·5‰—0‰, C. g. 1020—1016, w osadzie mierna ilość ciałek czerwonych krwi. R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

20. Niebyłowicz 19. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce lekko powiększone, P = 64 na min. Mocz: białko 1·2‰—2‰, C. g. 1016, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, mocznica. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

Pierwszy rzut oka na powyższe zestawienie wykazuje, że spotykamy tu przypadki, klinicznie bardzo różne od siebie, i to począwszy od postaci bezobrzękowych z małą ilością białka, więc zajęcia nerek przelotnego (nephritis levis fugax), jak n. p. przyp. 17. 19. i 12. i postacie zapalenia nerek bezbiałkowego (nephritis analbuminurica), które omawialiśmy w poprzedniej pracy. Obok tych stwierdzamy najczęściej przypadki typowej sprawy zwyrodnieniowej nerek (nephritis acuta), jak n. p. przyp. 4. 10. i 15. i inne, wreszcie, choć rzadziej, i przypadki typowego ostrego zapalenia nerek przedewszystkiem kłębkowego (glomerulonephritis acuta), jak n. p. przyp. 5. 9. 14. i 20. Łączą się tutaj przypadki bez obrzęków z innymi o miernych lub i bardzo silnych obrzękach, przypadki z małą, lecz i dużą ilością białka w moczu, ze zmniejszoną, i to znacznie, albo prawidłową lub też ze zwiększoną ilością moczu, skąpym lub bardzo obfitym osadem moczowym, zawierającym wałeczki o rozmaitych formach i różnej ilości, bez lub też nieraz z obfitą domieszką krwi, z prawidłowym lub też ze zwiększonym ciężarem gatunkowym moczu.

Uwzględniwszy już te przypadki, możemy stanowczo twierdzić, że prawidłowa liczba dla N. pozabiałkowego w surowicy krwi nie jest cechą charakterystyczną dla pewnej jednostki klinicznej; na podstawie nizkiej liczby dla R-N niemamy prawa rozpoznawać pewnej typowej postaci, w naszych przypadkach ostrego, schorzenia nerek. Bez względu na wysokość R-N możemy mieć do czynienia w danym przypadku czy to z ostrą nefrozą, czy to z typowem ostrem zapaleniem nerek kłębkowem lub też śródmiąższowem i t. d. Jeżeli uwzględnimy badania cudze, jak i skąpe nasze badania, przeprowadzone w przypadkach przewlekłego schorzenia nerek, których nie przytaczam na tem miejscu, to dojdziemy do przekonania, że zdanie to jest słuszne nietylko w ostrych, ale i w przewlekłych nefrozach, czy też w przewlekłych sprawach nerkowych ściśle zapalnych.

Wziąwszy na uwagę jednak przebieg kliniczny przypadków przytoczonych powyżej, widzimy wprawdzie, że chociaż one różniły się znacznie od siebie tak pod względem stopnia obrzęków, jak i innych objawów ogólnych, których z braku miejsca nie umieszczamy w zestawieniu, to przecież wszystkie okazują w ogólności pewną wspólną stałą cechę, a mianowicie pewną łagodność przebiegu klinicznego. Przeważna część przypadków przebiegała, jak widzimy, z obrzękami, które z początku dochodziły nieraz do znacznych rozmiarów, ale we wszystkich obrzęki, a również i przesięki w jamach surowiczych zmniejszały się szybko, a wreszcie ustępowały zupełnie, i to przeważnie w krótkim przeciągu czasu od chwili, gdy chory dostał się do łóżka, gdy mu podano dyetę małosolną i ograniczono ilość spożywanych płynów. Szybko również ustępowały objawy nieżytu oskrzelowego, tak zwykłego powikłania zapalenia nerek, dalej i stan serca poprawiał się szybko, bo tony serca stawały się głośniejsze, a tętno, z początku nieraz znacznie zwolnione, zbliżało się do liczb prawidłowych. Objawy ogólnego schorzenia, jak osłabienia i t. d., wyrównywały się równolegle szybko, ustępując miejsca poczuciu wracającego ozdrowienia. Nawet i zmiany nieprawidłowe moczu, które trwały najdłużej ze wszystkich objawów patologicznych, nie były tak uporne, jak w przypadkach grupy dalszej. Przedewszystkiem wzrastała rychło dobowa ilość moczu i zjawiała się wybitna polyurya, ilość białka zmniejszała się, ilość wałeczków malała szybko, a przedewszystkiem wnet znikała z moczu domieszka krwi. Uderzającem w tej grupie przypadków jest przy tem i to, że tylko w dwu z nich (przyp. 4. i 20.) spostrzegaliśmy objawy mocznicy, tak zresztą częstego powikłania przy zapaleniu nerek »wojennem« żołnierzy. Zauważyć należy przytem, że w przypadku 20. objawy mocznicy były bardzo krótkotrwałe, a mianowicie ból głowy, nudności i lekkie drgawki z bardzo krótkotrwałem zaćmieniem przytomności ustąpiły w niem szybko, tak, że chory po miesięcznym pobycie w szpitalu opuścił oddział bez obrzęków i ze śladem ledwie białka w moczu. Niekorzystnie z tej grupy przebiegł tylko jeden przypadek (przyp. 4.), a dodam, że zejście śmiertelne u tego chorego nastąpiło wśród objawów napadu drgawkowego mocznicy. Ze względu na pewne ciekawe szczegóły kliniczne przytoczę ten przypadek poniżej.

Chory Kiss J., lat 19, przybył na oddział 2. VI., a umarł 4. VI. 1917 r. o godz. 9½ rano. Wywiady: Obciążenia dziedzicznego niema; prócz dziecinnych chorób nie chorował K. nigdy, a zwłaszcza nie przebywał nigdy zapalenia nerek. Obecna choroba rozpoczęła się przed czterema dniami wśród objawów lekkiego bolu gardła, bolów głowy, kaszlu, bolów w nogach, do których wnet przyłączyły się postępujące szybko obrzęki, najprzód twarzy, potem kończyn i całego ciała; mocz oddaje skąpo. — Stan obecny: Budowa silna, skóra blada; twarz silnie nabrzękła, podobnie jak i tułów, kończyny dolne obrzękłe znacznie mniej; gardło lekko rozpulchnione, zaczerwienione, bez nalotów; gruczoły chłonne na szyi nieco obrzękłe; w płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego i lekkie przesięki w obu jamach opłucnych; stłumienie serca miernie powiększone w kierunku poprzecznym; nad końcem serca i nad tętnicą główną I. ton głuchy, drugi nad aortą wzmocniony; T = 52 uderz. na min.; w brzuchu mierna ilość płynu przesiękowego; wątroba macalna; odruchy kolanowe wzmożone, przytomność utrzymana, lecz senność wyraźna; od czasu do czasu skłonność do wymiotów; ciepłota prawidłowa. — Mocz: ilość dobowa = 300 cm. sz., barwa winno-żółta; mętny; oddziaływanie kwaśne; c. g. 1026; białko w ilości 3‰ (Essbach); chlorki prawidłowe; krwi brak; w osadzie liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe, pojedyncze ciałka czerwone i białe. — Rozpoznanie: nephrosis acuta. — Przebieg: 3. VI. popołudniu typowy napad mocznicy z zupełną nieprzytomnością i drgawkami ogólnemi; 4. VI. o godz. 9. rano wśród napadu drgawkowego mocznicy wykonano nakłucie żyły pośrodkowej i upuszczono 300 cm. sz. krwi; o godz. 9,30′ napad drgawek mocznicowych, wśród którego chory zakończył nagle życie z początku napadu. — Sekcya, wykonana 5. VII. wykazała obraz nerki, typowy dla ostrej nefrozy, a przytem silnego stopnia ostre zwyrodnienie mięśnia sercowego. — Badanie krwi z dnia 4. VI., tuż przed śmiercią chorego, wykazało 36,4 mg. azotu pozabiałkowego w 100 cm. sz. surowicy krwi.

Epikrisis: W tym przypadku podnieść należy bardzo gwałtowny przebieg ostrej nefrozy, przy trwaniu sprawy chorobowej około jednego tygodnia, a zwłaszcza obecność małej ilości R-N przy istnieniu napadów mocznicowych, jak i wynik badania pośmiertnego, które wykazało silne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Przyczyny śmierci muszę się dopatrywać przedewszystkiem w stanie mięśnia sercowego, tak, że śmierć nagłą u chorego musimy uważać jako pochodzenia przedewszystkiem sercowego, a nie nerkowego, bo za tem przemawia prócz tego względnie dostateczna ilość dobowa moczu, prawidłowa zawartość w nim chlorków, jak i mała liczba R-N, o czem wspomnimy jeszcze poniżej.

Pomijając ten jedyny przypadek śmiertelny, na podstawie dokładnego spostrzegania reszty przypadków z grupy I., uwzględniając przy tem spostrzeżenia innych autorów, musimy przyjść do przekonania, że prawidłowa (nizka) liczba N pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadku ostrego zapalenia nerek jest jednym z ważnych objawów, dającym nam możność korzystnego rokowania w danym przypadku czy to nefrozy, czy też właściwego zapalenia nerek.

Twierdzenie to jest jednak słuszne tylko o tyle, o ile ro-

zumiemy przez to, że dotyczącemu osobnikowi nie grozi niebezpieczeństwo ze strony nerek, które są wówczas zdolne do wydzielania produktów rozpadu białkowej przemiany materyi, najniebezpieczniejszych dla życia tkanek ustroju. Pamiętać jednak musimy o tem, że w przebiegu ostrego zapalenia nerek powstają tak często poważne zmiany w narządzie krążenia, które omówiłem szczegółowo w jednej z moich prac poprzednich, a na które zwracają uwagę także inni autorowie, lecz przedewszystkiem przy sprawach nerkowych przewlekłych. Rokowanie zaciemnić i sprowadzić mogą właśnie te zmiany w narządzie krążenia, tak, że musimy szczegółowo uwzględnić stan serca i naczyń obwodowych, jeżeli na podstawie nizkiego R-N chcemy dany przypadek uważać za przypadek łagodny. Nie potrzebuję dodawać, że i powikłania ciężkie ze strony innych narządów mogą wpłynąć niekorzystnie na przebieg ostrego zapalenia nerek, bo to rozumie się samo przez się. Prawidłowa liczba azotu pozabiałkowego wskazuje na łagodny charakter przypadku tylko o tyle, o ile i w dalszym przebiegu następne badania dadzą wynik jednakowy pod względem jej zachowania się. Pewnie, że badania nie będziemy musieli powtarzać w przypadkach, i tak zresztą klinicznie korzystnych. Przy przebiegu mniej korzystnym jednak będziemy musieli powtórzyć nasze badania krwi po pewnym okresie czasu, a wtedy powtórnie stwierdzona prawidłowa liczba R-N, mimo może upornego przebiegu klinicznego, pozwoli nam przecież rokować korzystnie. Podnieść bowiem należy to, że stwierdziliśmy przypadki, w których, nieraz i w najbliższym czasie, przeprowadzone badanie krwi wykazało przy drugiem badaniu już podwyższenie ponadprawidłowe liczby azotu pozabiałkowego, a przebieg ich był ciężki, oporny, więc nie tak łagodny, jak poprzednich. Przytoczę tu jeden z takich przypadków.

Chory Sellner, lat 25, przebywał w szpitalu od 4. VI. do 18. VI. 1917. r. — Wywiady: Chory od dni ośmiu; zachorował wśród objawów bolów w krzyżach, bolów głowy i postępujących obrzęków. — Stan obecny: Bardzo silny ogólny obrzęk; w płucach rozległy nieżyt i przesięki w obu jamach opłucnych; serce lekko poprzecznie powiększone, tony serca czyste; T = 48 uderzeń na min.; w brzuchu przesięk dość obfity; wątroba powiększona. Chory wybitnie senny, silny ból głowy. — Mocz: 5. VI. ilość dobowa = 400 cm. sz., mięsisto zabarwiony; oddziaływanie kwaśne; c. g. 1018; białko 15‰, krew obecna; w osadzie liczne wałeczki różnopostaciowe, liczne ciałka czerwone krwi. — Badanie krwi: 6. VI. R-N = 40 mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi — upuszczono wówczas 500 cm. sz. krwi przez nakłucie żyły. — Przebieg: 10. VI. chory wyraźnie zamroczony, brak łaknienia, nudności i wymioty; obrzęk bardzo silny; ilość moczu skąpa, w nim obfita domieszka krwi. 15. VI. przytomność znacznie upośledzona, nudności, wymioty, silne bole głowy; obrzęki bez zmian; ilość moczu dobowa = 1800 cm., ilość krwi mniejsza, ilość białka = 3‰. — Krew: 15. VI. R-N = 64,4 mg. w 100 cm. sz. surowicy. 18. VI. od czasu drugiego nakłucia żyły, przy którem upuszczono po raz drugi 500 cm. sz. krwi, obrzęki zaczęły się szybko zmniejszać, ilość dobowa moczu wzrosła powyżej 2000 cm. sz., a objawy mocznicowe wnet znikły zupełnie.

Epikrisis: Przebieg uporny pod względem obrzęków; objawy mocznicy bez drgawek wybitne, trwające w silnym stopniu przez cały tydzień wśród spostrzegania zwiększania się liczby R-N w surowicy krwi; lecz i w tym przypadku pod koniec pobytu w szpitalu zwrot korzystny w przebiegu klinicznym.

Ale przyszłość dalsza przypadków grupy I. nie musi być zawsze tak korzystna, jakby to się wydawało na podstawie powyższych przypadków, bo i te z prawidłową liczbą N pozabiałkowego niezawsze ulegały wyleczeniu zupełnemu. Na podstawie literatury, ale i naszego doświadczenia stwierdzić mogliśmy, że przypadki z nizkiem R-N w późniejszym czasie okazywały czasem przebieg przewlekły z ciężkiemi następstwami, a w okresie końcowym spotykano w nich później wysoką liczbę N pozabiałkowego we krwi przy ogólnych ciężkich objawach klinicznych. Wśród naszych przypadków spotykamy jeden typowy przykład, którego dla braku miejsca nie chcę szczegółowo przytaczać. U tego chorego, który przed 13 miesiącami przebył ostre zapalenie nerek, badanie wówczas wykazało prawidłową liczbę N pozabiałkowego. Stan ciężki trwał u niego podówczas przez jeden rok, poczem nastąpiło cofnięcie się obrzęków i innych ważniejszych objawów klinicznych, lecz zmiany w moczu utrzymywały się dalej. Podczas pobytu w czerwcu 1917. r. (w 13 miesięcy po rozpoczęciu się sprawy chorobowej) stan ogólny był ciężki, obrzęki znaczne, chory był stale zamroczony, nudności i bóle głowy stałe, w moczu ilość białka dochodziła do 9‰, a liczba dla R-N wynosiła wówczas już przy pierwszem badaniu 117,6 mg., a w 11 dni później 123,2 mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi. Przykłady podobne znajdujemy w piśmiennictwie nieraz, tak, że sprawy tej więcej nie poruszam.

Kończąc omówienie grupy pierwszej naszych przypadków, możemy wynik streścić w krótkości następująco: W przypadkach ostrego schorzenia (zapalenia) nerek na szczycie sprawy chorobowej, wśród i pomimo najcięższych objawów klinicznych, stwierdzenie prawidłowej liczby azotu pozabiałkowego w surowicy krwi pozwala na rokowanie korzystne, przedewszystkiem co do najbliższej przyszłości przypadku; dalsze stałe utrzymywanie się prawidłowej liczby R-N pozwala nam nie obawiać się najcięższego powikłania zapalenia nerek, to jest mocznicy, i mimo ciężkich objawów klinicznych daje podstawę do korzystnego rokowania w danym przypadku. Mimo prawidłowej liczby R-N nie wykluczone jest jednak przejście przypadku w stan przewlekły, chociaż, zdaje się, nie należy ono do objawów częstych. Pamiętać jednak należy o tem, że liczba azotu pozabiałkowego krwi w ostrych schorzeniach nerek jest tylko wskaźnikiem zajęcia nerek, który dozwala nam sądzić o braku niebezpieczeństwa, grożącego tylko ze strony nerek, podczas gdy zaburzenia przedewszystkiem narządu krążenia mimo to, mogą stać się przyczyną niekorzystnego (śmiertelnego) zakończenia przypadku, i to w pierwszym rzędzie znowu w sprawach nerkowych ostrych.

(Dokończenie nastąpi).

W sprawie reformy studyów lekarskich.

Napisał *)

Prof. Dr Teofil Zalewski.

Zastanawiając się nad reformą studyów uniwersyteckich, musimy sobie zdać sprawę, że uniwersytet, to profesorowie i słuchacze, od ich doskonałości zależą najwięcej wyniki nauki uniwersyteckiej; staranny dobór jednych i drugich powinien być troską uniwersytetu.

Braki naszego szkolnictwa średniego odczuwamy wszyscy. Wymagania w szkole średniej pod wpływem opinii społeczeństwa stale obniżano. Wynikiem tego jest napływ uczniów mało uzdolnionych, którzy jednak przy obecnym systemie przechodzą gimnazyum i mają wstęp do uniwersytetu otwarty, tworząc tam balast, obniżający poziom studyów uniwersyteckich. Zamknięcie tym niezdolnym drogi do uniwersytetu jest rzeczą konieczną.

Podnosi się, że czas studyów lekarskich jest za krótki i że trzeba przedłużyć studya o rok lub nawet półtora. Na podobne postawienie sprawy możnaby się zgodzić dopiero wtedy, gdybyśmy zdołali dowieść, że w inny sposób nie da się złemu zaradzić. Jeżeli obliczymy rok roboczy najpilniejszego słuchacza uniwersytetu, to przekonamy się, że wynosi on tylko 150 dni, resztę roku stanowią wakacye, w czasie których ani z wykładów, ani z zakładów słuchacz nie korzysta i podczas których rozleniwia się gruntownie. Jeżeli rok roboczy słuchacza uniwersytetu przedłużymy o dni 100, to w ciągu pięciu lat nauki zyskamy ten rok czy półtora z nadwyżką. Przeprowadzenie tej reformy może nastąpić zaraz, a przeprowadzenie jej leży w rękach profesorów; skasowanie rozmaitych »świąt« powinno nastąpić od przyszłego półrocza szkolnego. Rok szkolny i wykłady powinny zaczynać się od 15 września, a kończyć 30 czerwca. Półrocza powinny być równe, a przerwa między półroczami powinna być najwyżej tygodniowa. Po rozpoczęciu półrocza powinien osobiście zgłosić się słuchacz do profesora, przeprowadzenie zaś wpisu formalnego może nastąpić i później.

Jestem bezwzględnie za kontrolowaniem, czy słuchacze uczęszczają na wykłady; kontrolę tę może przeprowadzać tylko profesor. Nie jest to zamach na wolność akademicką, kontrola ma na celu ukrócić swawolę, której w naszych uniwersytetach bodaj czy nie jest więcej, niż gdzieindziej.

Jestem przeciwny t. z. półroczu rygorozalnemu. Słuchacz, który nietylko »słucha«, ale i uczy się, zda egzamin w swoim czasie, nie tracąc nic z wykładów. Zmuszanie pilniejszych do

*) Za zgodą autora został artykuł z powodu braku miejsca przeszło do połowy skrócony. Redakcya.

przedłużania studyów tylko dlatego, że to byłoby ułatwieniem dla mniej pilnych, uważam za rzecz szkodliwą.

Przyjmując znaczne przedłużenie roku roboczego, można w planie nauki ograniczyć nieraz ilość godzin tygodniowo, przeznaczonych na poszczególne przedmioty.

Nie byłbym za wprowadzeniem napowrót wykładów zoologii i botaniki; wiadomości dostateczne powinien wynieść słuchacz z gimnazyum, wykłady biologii, odpowiednio urządzone, powinny uzupełnić ogólne wykształcenie przyrodnicze. Embryologię najodpowiedniej byłoby połączyć z biologią. Nauczanie fizyki musi bezwarunkowo uledz zmianie. Nauka fizyki powinna być wstępem do nauki fizyologii i obejmować przedewszystkiem te działy, które są potrzebne słuchaczowi medycyny. Naukę histologii można zaczynać już w pierwszem półroczu. Co do ćwiczeń w prosektoryum, to uważam ćwiczenia te na pierwszym roku za przedwczesne; słuchacz powinien naprzód obeznać się z całą anatomią na gotowych preparatach, a następnie dopiero przystąpić do preparowania. Pogłębienia powinna bezwarunkowo doznać nauka chemii, szczególnie pod względem praktycznym. Uważam za pożyteczne wprowadzenie wykładów psychologii; oczywista rzecz psychologia musi być traktowana z przyrodniczego punktu widzenia.

Z klinik niezbędne są klinika wstępna dla medycyny wewnętrznej i klinika chirurgii ogólnej.

Przy układaniu planu wykładów powinno przyjąć się za zasadę, że ilość godzin wykładowych dziennie powinna wynosić najwyżej pięć, uwzględnić bowiem trzeba, że słuchacz medycyny od początku swych studyów musi poświęcać prócz tego jeszcze bodaj dwie godziny dziennie na ćwiczenia praktyczne.

Zdawna odczuwamy, że o ile słuchacze nasi wynoszą dostateczne wiadomości z teoretycznej medycyny, o tyle wykształcenie z przedmiotów klinicznych jest niedostateczne; słuchacz medycyny ma za mało sposobności do badania chorych. Dlatego też odpowiednie urządzenie zajęć praktycznych z przedmiotów klinicznych jest rzeczą konieczną. Zajęcia te są możliwe tylko grupami po kilku lub kilkunastu; z tego powodu powinny ambulatorya kliniczne być czynne na wszystkich klinikach w jednych i tychsamych godzinach, by w ten sposob umożliwić słuchaczom udział. Wyobrażam sobie, iż możnaby słuchaczów podzielić na grupy i każda grupa miałaby wyznaczony swój dzień w tygodniu do pracy w ambulatoryum danej kliniki. W ten sam sposób urządzićby można ćwiczenia w sekcyach anatomopatologicznych.

Uważam za pożyteczne, by wykłady przedmiotów klinicznych były ujęte w system. Wykłady od wypadku do wypadku wytwarzają w głowie słuchacza chaos i przynoszą małą korzyść. Pilniejsi słuchacze uzupełniają brak wykładów systematycznych podręcznikami, ubiega jednak dużo czasu, nim słuchacz na tyle pozna przedmiot bodaj teoretycznie, że z wykładów zdoła korzystać.

Uniwersytet daje minimum wykształcenia, jakie każdy lekarz bez względu na przyszłe zajęcie otrzymać musi, dlatego jakiekolwiek ułatwienia dla tych, którzy mieliby się poświęcić pewnej specyalnej gałęzi medycyny, obniżyłyby tylko wykształcenie specyalistów, zamiast je pogłębić.

Co do egzaminów, to zatrzymując do pewnego stopnia przymus co do czasu składania egzaminów, należy powrócić do dawnego sposobu egzaminowania. Instytucyę komisarza rządowego uważam za zupełnie zbędną.

Wszelkie reformy w nauczaniu na nic się nie przydadzą, jeżeli jednocześnie z tem nie nastąpi pomnożenie katedr. Wymagać obecnie, aby jeden profesor objął całą anatomię lub anatomię patologiczną albo też medycynę wewnętrzną lub chirurgię, jest to wymagać rzeczy niemożliwych. Wobec konieczności wprowadzenia ćwiczeń praktycznych w rozleglejszym niż obecnie stopniu, pomnożenie ciała nauczycielskiego jest niezbędne. Obowiązkiem uniwersytetu jest zachęcać młodych zdolnych ludzi do poświęcania się karyerze naukowej, obowiązkiem musi być też starać się zapewnić im bodaj minimum pewnej egzystencyi. Klinicyści mogą zarabiać praktyką, choć ta praktyka jest właśnie poniekąd przeszkodą w pracach naukowych, co jednak mają robić ci, co, nie mając majątku, mają chęć i zdolności do przedmiotów teoretycznych? Zaradzić temu można do pewnego stopnia przez stworzenie przy każdej katedrze zwyczajnej drugiej katedry nadzwyczajnego profesora. Profesor nadzwyczajny byłby zależny w wykładach swych od profesora zwyczajnego, przedewszystkiem jednak byłoby obowiązkiem jego prowadzić ćwiczenia praktyczne ze słuchaczami w sposób, przez profesora zwyczajnego wskazany.

Do obowiązków profesorów należy prócz nauczania i praca naukowa. Zadania i obowiązki profesorów są tak wielkie, że na poboczne zajęcia mieć czasu nie mogą. Z tego powodu profesorowie praktykę prywatną powinni jaknajbardziej ograniczyć. Wydatne podniesienie płac profesorskich jest jednak konieczne, obecne płace nie zabezpieczają nawet minimum egzystencyi.

Zakłady uniwersyteckie muszą być stosownie do zadań swych jak najlepiej uposażone. Zakłady nasze kliniczne stanowczo są za małe; wprawdzie kliniki mają zastrzeżone prawo wybierać sobie chorych z oddziałów szpitalnych, w praktyce jednak okazało się to niewykonalnem. Ilość łóżek w klinikach musi być znacznie zwiększona. Ujemną stroną naszych klinik jest zamykanie na czas wakacyjny; kliniki muszą być otwarte przez cały rok: Brakujące kliniki powinny być jak najspieszniej choćby prowizorycznie stworzone.

Rzeczą bardzo ważną jest dobór asystentów i lekarzy klinicznych. Aby ułatwić zdolnym młodym lekarzom pracę naukową w klinikach, powinno się od chwili wstąpienia zabezpieczyć im bezpłatne mieszkanie i utrzymanie; przypuszczam, że tyle bodaj jest warta praca lekarza choćby na drugi dzień po otrzymaniu dyplomu. Twierdzenie, że młody lekarz uczy się dla siebie i powinien być zadowolony, że ma sposobność do nauki, nie wytrzymuje krytyki: — niemniejszą korzyść ma i społeczeństwo, jeżeli ma wykształconych lekarzy.

W łączności z klinikami powinien być stworzony centralny zakład rentgenowski i centralna pracownia do badań chemicznych i mikroskopowych; zakłady te powinny zostawać pod kierunkiem docentów, względnie profesorów. W pracowniach tych mieliby obowiązek pracować lekarze klinik.

Utrudnieniem w pracy naukowej jest u nas brak odpowiednio zaopatrzonej biblioteki; należy dążyć, by nasze biblioteki kupowały więcej dzieł lekarskich, przytem, by nabywanie dzieł odbywało się z pewnym planem. Najkorzystniej możeby było stworzyć centralną bibliotekę lekarską dla zakładów lekarskich.

W końcu chciałbym dorzucić słów kilka o nauce otolaryngologii u nas.

Praca w otyatryi i laryngologii na ziemiach polskich natrafia na ogromne trudności z powodu braku warsztatów pracy. Uniwersytet krakowski posiada klinikę niedostateczną, a uniwersytet lwowski nie posiada wcale kliniki i musi zadowolić się ambulatoryum. Szpitale też nie rozporządzają specyalnymi oddziałami, a tylko wyjątkowo mają ambulatorya. Jeżeli porównamy rozwój otyatryi i laryngologii i świetny rozwój techniki operacyjnej w tych dziedzinach u nas i u innych, to przyznać musimy, żeśmy się znaleźli na szarym końcu, daliśmy się wyprzedzić nawet przez narody małe. Traci, oczywista rzecz, na tem nauka polska, traci cały naród moralnie: chorzy, nie znajdując odpowiedniej pomocy w kraju, masami wędrują do obcych. Czyż można się dziwić, że ci obcy mają o nas niepochlebne wyobrażenie? U nas zaś w kraju wyrabia się i utrwala przekonanie o niższości naszych zakładów uniwersyteckich i naszych lekarzy. Doznawałem zawsze bolesnego uczucia, widząc u naszych sąsiadów nawet na małych uniwersytetach odpowiednio urządzone kliniki, a gdy mnie pytano o stosunki u nas, wstyd mi było wyznać całą prawdę.

Z powodu tych stosunków wykształcenie specyalistów natrafia na duże trudności. Zaradzić temu jest rzeczą konieczną przez budowę odpowiednio urządzonych i uposażonych klinik. Jako minimum łóżek dla kliniki otolaryngologicznej uważam 40 do 50. Tymczasowo koniecznem jest dla uniwersytetu lwowskiego przeznaczyć bodaj kilkanaście łóżek dla kliniki otolaryngologicznej w szpitalu dla pomieszczenia tych chorych, którzy mają poddać się operacyi.

Przy obecnym rozwoju otyatryi i laryngologii kierownik kliniki musi być chirurgicznie wykształcony. Podobnież i asystenci muszą być chirurgicznie wykształceni; jako minimum chirurgicznego wykształcenia uważam dwuletnią praktykę w klinice chirurgicznej lub na oddziale chirurgicznym.

Co do samego nauczania, to uważam semestr siódmy i ósmy za najodpowiedniejszy do wykładów systematycznych, dobrzeby jednak było, by słuchacze już przedtem obznajmili się ze sposobami badania narządu słuchu i górnych dróg oddechowych. Wykład systematyczny uważam za nieodzowny, z wykładów od wypadku do wypadku słuchacze wynoszą małą korzyść; wykład powinien być ilustrowany odpowiednimi przypadkami klinicznymi lub ambulatoryjnymi. Praktycznie słuchacze powinni się uczyć grupami w poliklinice. Oczywista rzecz otolaryngologia powinna być przedmiotem egzaminu.

Dążąc do reform nauki uniwersyteckiej, powinno się dą-

żyć do ujednostajnienia jej we wszystkich uniwersytetach polskich bez względu na formy bytu politycznego, w jakich żyć nam przyjdzie.

O potrzebie studyum psychologii na Wydziale lekarskim

podał

Dr Hadryan Demianowski.

Między omawianemi zagadnieniami, dotyczącemi reformy studyum lekarskiego, brak jednego z najważniejszych, a mianowicie uzupełnienia studyum nauką psychologii, i to tak normalnej, jak i patologicznej. Na Wydziale filozoficznym w program egzaminu ścisłego bez względu na przedmiot główny wchodzi filozofia, a z nią i psychologia. Pierwszy okres studyów na Wydziale prawniczym obejmuje obowiązkowo także wykład z filozofii i psychologii. A przecież trudno sobie wyobrazić ściślejszy związek między dwiema dziedzinami wiedzy, jak ten, który zachodzi między psychopatologią kliniczną, a psychologią normalną.

Konieczność wcielenia psychologii w program nauk lekarskich może być rozpatrywana pod trzema względami: 1. Psychologia jako nauka przygotowawcza do kliniki psychiatrycznej. 2. Psychologia w zastosowaniu do reszty nauk lekarskich. 3. Psychologia jako nauka uzupełniająca całokształt wykształcenia.

Psychiatrya kliniczna stosunkowo mało korzysta ze zdobyczy innych nauk lekarskich; metody, któremi posługuje się przy łożu chorego, są przeważnie jej tylko właściwe, a różne od metod rozpoznawczych w cierpieniach somatycznych. Anatomia patologiczna, święcąca we wszystkich działach medycyny tryumfy, w psychiatryi daje wyniki bardzo skromne.

Wobec tego musiano przynajmniej na razie zrezygnować z możności poznania i zróżnicowania obrazu klinicznego na podstawach anatomopatologicznych, a rozejrzeć się za metodami innemi. Temi były metody i nauka psychologii. Zastosowaniu jej w psychiatryi klinicznej zawdzięczamy przedewszystkiem zaprowadzenie jakiego takiego ładu w systematyce chorób umysłowych, zmianę poglądów na istotę cierpień lub stanów poszczególnych, poznanie mechanizmu objawów, a nawet użyto tych metod, jako środka leczniczego.

Pojęcia i metoda badań psychologii obce są naukom lekarskim. Na klinikę wewnętrzną, czy chirurgiczną, przybywa studyujący z zasobem wiadomości pomocniczych z anatomii, fizyologii i patologii. Inaczej ma się rzecz z kliniką chorób umysłowych; tutaj wiadomości z anatomii i fizyologii schodzą na plan drugi. Pojęcia, jak czucie, wyobrażenie, pamięć, uwaga, kojarzenie, afekt, obce są medykowi, a przedewszystkiem obcy mu jest odmienny tor myślenia w psychologii (introspekcya). Bez znajomości psychologii normalnej ma operować zawiłemi pojęciami psychopatologii, analizować złożone stany psychiczne.

Psychologia ma szereg właściwych tylko sobie metod i niejako osobne swe »instrumentaryum«. Przed wstąpieniem na klinikę wewnętrzną, czy położniczą, słucha się osobnych wykładów o metodach badania. Metody natomiast badania psychiatrycznego, jak metody badania inteligencyi (Bineta, Gautera, Ebbinghausa, Henneberga, Finckha), pamięci (Kraepelina), zapamiętywania (Ziehena, Riegera), uwagi (Bourdona i Mikulskiego), metoda psychoanalityczna (Freuda), psychosyntezy (Bezoli), eksperyment psychogalwaniczny i t. d., to »terra ignota« dla lekarza. A cóż mówić dopiero o studyum psychopatologii ogólnej. Nowoczesnego wykładu psychiatryi, operującego pojęciami zupełnie obcemi dla lekarza bez wykształcenia psychologicznego, studyujący nie może zrozumieć, a co dopiero mówić o pracy samodzielnej na klinice.

Psychologia ma jednak znaczenie nietylko dla psychiatryi, ale dla wielu innych gałęzi medycyny. Nie można bez psychologii zrozumieć powstawania afazyi po uszkodzeniu ośrodków Broca czy Wernickego, a co więcej, zawiłych ich odmian i kombinacyi. To samo dotyczy aleksyi, agrafii lub ślepoty duchowej. Poglądy dzisiejsze na mechanizm nerwic są czysto psychologiczne. Rozpoznawanie histeryi nie odbywa się już przez wykluczenie tylko schorzenia organicznego. Czy wogóle istnieje jakieś schorzenie organiczne, któremuby nie towarzyszyły objawy psychopochodne? A odróżnienie ich od objawów czysto organicznych jest rzeczą bardzo ważną.

Psychiatrya najmniej zna te psychozy, które towarzyszą chorobom zakaźnym i gorączkowym, bo zbyt rzadko dostają się do rąk psychiatry, a lekarze interniści nie operują należycie psychiatryą.

Wszystkie czynności ustroju stoją pod kontrolą psychy, wpływ afektów na trawienie, oddychanie, układ krwionośny, wydzielanie, to rzecz ogólnie, choć pobieżnie znana. Ustrój psychiczny bardzo czule oddziaływa na zmiany w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. Wiemy, że rozmaite środki lekarskie działają u tego samego osobnika rozmaicie, zależnie od stanu psychicznego, a na odwrót działanie środków lekarskich, szczególnie narkotyków na ustrój psychiczny należy do zagadnień bardzo żywotnych w psychiatryi.

A sprawa psychoterapii? »Ut aliquid fieri videatur«, to psychoterapia w najpierwotniejszej postaci, później idzie poddawanie (sugestya) pod rozmaitemi postaciami, hypnoza, metoda katartyczna Breuera i Freuda, metoda psychoanalityczna i t. d. Większa znajomość mechanizmu psychologicznego objawów neurastenii bardzoby dodatnio wpłynęła na wybór stosowniejszego środka psycholeczniczego w tem cierpieniu w miejsce sugestyi pod postacią nastoju z kozłka, lub co gorzej bromu. Leczenie klimatyczne w bardzo dużym stopniu działa drogą psychiczną. Nie bez znaczenia dla nauki o działaniu środków lekarskich byłoby wiedzieć, ile z tego zapisać na rachunek sugestyi, i to tak w stosunku do chorego, jak i lekarza. Lekarz bowiem ulega jej nie mniej od chorego.

Nawiązanie kontaktu uczuciowego z chorym i jego otoczeniem, to warunek powodzenia lekarza. Wynik leczniczy w dużej mierze zależy od tego, czy ordynujący lekarz widzi tylko tyfus czy wadę serca, czy też chorego człowieka, czującego i myślącego, a cierpiącego na tyfus lub wadę serca.

Wreszcie słowo o roli psychologii w ogólnem wykształceniu. Całe nasze doświadczenie podzielić możemy na zjawiska materyalne i zjawiska świadomości. Wszystko, czego tylko poszukiwać możemy, leży w obrębie tych dwu dziedzin. Zjawiska materyalne doświadczać jednak tylko możemy drogą świadomości. Nauka medycyny uwzględnia tylko zjawiska materyalne; zjawiska świadomości należą do psychologii. Poznanie w dziedzinie świadomości wymaga innego toru myślenia. Dla dokładnego, wszechstronnego i plastycznego jednak objęcia i ujęcia całokształtu odgrywających się przed nami zjawisk, a zarazem dla łatwiejszego nawiązania kontaktu z innemi dziedzinami wiedzy ludzkiej, zwłaszcza, że wiele z nich, jak sztuka, pedagogika, prawoznawstwo lub kryminologia, nabierać zaczyna coraz bardziej charakteru »psychologicznego«, uwzględnić należy dziedzinę zjawisk świadomości. Dopiero w tem podwójnem oświetleniu umiejętność zbliża się do ideału każdej wiedzy, jednocząc w sobie cechy ἡ μάθημα i ἡ σοφία.

Wniosek: Istnieje konieczność uzupełnienia studyum lekarskiego wykładem psychologii wraz z ćwiczeniami (psychologia eksperymentalna).

Wykład będzie miał na celu: 1) przyczynić się do uzupełnienia wykształcenia lekarskiego, 2) uwzględnić potrzeby lekarza praktyka, jako psychologia lekarska, 3) przy równoczesnem uwzględnieniu psychopatologii ogólnej i sądowej stanowić studyum przygotowawcze do kliniki psychiatrycznej.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

potliwość stóp, Schweissfüsse.
pożądliwość, aviditas.
samorozkład, samostrawianie się, autolysis.
zarośnięty, atretisch.
charłactwo, choroba potarczyczna, athyreosis.
oddziaływanie odmienne, allergia.
olbrzymiość szczytowa, akromegalia.
nerwiak kikutowy, Amputationsneurom.
odnaczyniowy, angiogen.
przyszczepienie, anheilen.
wnikliwość, Penetrationskraft.
jamkowacenie, vacuolisatio.
niedoczuwanie bólu, hypalgesia.

wyjaławianie przerywane, fraktionierte Sterilisation.
jadzica (jad jako trucizna organizmowa wydzielnicza) toxinaemia, toxaemia. 7.

Emilia Gilewska.

(Wspomnienie pośmiertne).

Towarzystwo lekarzy galicyjskich otrzymało smutną wiadomość, że z końcem kwietnia zmarła w Meranie w 78. roku życia wdowa po Karolu Gilewskim, profesorze medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Emilia Gilewska dobroczynnością swoją zasłużyła się Towarzystwu lekarzy galicyjskich, które ją żegna z uczuciem żałoby i wdzięczności.

O profesorze Gilewskim młodsze pokolenie nie wiele słyszało. Podaję tu tedy kilka szczegółów. Katedrę, którą objął na wniosek Wydziału lekarskiego po ustąpieniu profesora Dietla, krótko tylko piastował. Zaraził się w klinice durem plamistym i zmarł w Krakowie po tygodniowej chorobie w kwiecie wieku dnia 15. czerwca 1871. Był człowiekiem niezwykłych zdolności. Po uzyskaniu doktoratu pracował w Wiedniu jako asystent na klinice Oppolzera, a później jako asystent przy katedrze chirurgicznej prof. Fr. Schuha, z którego córką się później ożenił. Ścisły i gruntowny spostrzegacz, dobry badacz naukowy, zeszedł za wcześnie dla nauki naszej. Był gorliwym nauczycielem i szczerym przyjacielem młodzieży, a przytem surowym jej sędzią. Charakteru nieskazitelnego, ale bezwzględnego, płynął czasem przeciw wodzie, nie bacząc na opinię otoczenia. Dał tego krótko przed zgonem szczególny dowód głośnem wystąpieniem w sprawie Dollingera. U kolegów krakowskich pozostawił dobrą pamięć. Wdowa pochowała go w majątku swoim w Oed w Niższej Austryi, dokąd odwieźli zwłoki przyjaciela profesorowie Biesiadecki i Madurowicz, tudzież deputacya uczniów Wydziału lekarskiego.

Młoda wdowa z dwiema córkami przeniosła się do Wiednia, a nie słyszałem, aby kiedy jeszcze kraj nasz odwiedziła, dała jednak dowód, że zawsze o nim pamiętała, a przy każdej sposobności, jak mi opowiadano, wspominała, że lata, wśród nas spędzone, zaliczała do najszczęśliwszych swojego życia.

W archiwum Towarzystwa naszego jest akt, w którym pani Gilewska oświadcza, że dowiedziawszy się od prof. Biesiadeckiego o istnieniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, które opiekuje się wdowami i sierotami po lekarzach, będzie przyczyniać się od czasu do czasu małymi datkami do polepszenia ich bytu. »Niech będę choć trochę pomocną tym wdowom i sierotom po lekarzach, które spotkał smutny los, jakiegom sama z mojemi dziećmi doznała«.

Minęło 47 lat od śmierci męża pani Gilewskiej, a ona odtąd dwa razy do roku, na Boże Narodzenie i w czerwcu, na rocznicę śmierci swego męża, przysyłała Towarzystwu lekarzy galicyjskich po 500 K dla wdów i sierot po lekarzach. Przez blisko pół wieku nigdy o datku nie zapomniała, nigdy się z datkiem nie opóźniała. W szczególnie trudnem znalazła się położeniu w r. 1914. W czasie Bożego Narodzenia, kiedy miała wysłać swój dar, Lwów był zajęty przez wojska rosyjskie, które już dotarły pod Kraków i przekroczyły północną granicę Węgier. Do Lwowa nie można było wysłać pieniędzy. W przypuszczeniu, że może prezes Towarzystwa lekarskiego pozostaje po austryackiej stronie frontu, a w takim razie opiekuje się wdowami, które musiały kraj opuścić, a wiedząc, że prezesem jest profesor Uniwersytetu, napisała list do prezesa, wysyłając go do Ministerstwa oświaty z prośbą, aby go adresatowi doręczyło. Ministerstwo istotnie prośbie tej zadość uczyniło i w ten sposób nawet wśród najgorszej zawieruchy wojennej zdołała pani Gilewska nie chybić terminu szlachetnej swej ofiary. Odtąd znów z dokładnością automatu płynęły zapomogi bez przerwy. Ostatni raz przysyłała na Boże Narodzenie, jakby w przeczuciu śmierci, 1.000 kor., a więc 500 kor. już na rachunek roku 1918.

Pomoc, udzielana Towarzystwu przez długi szereg lat, była bardzo wydatną, a to szczególnie w początkach istnienia Towarzystwa, kiedy jeszcze było bardzo w środki niezasobne. Przysłane kwoty z początku w całości rozdzielano pomiędzy wdowy, później, gdy inne fundusze przybyły, dary kapitalizowano, ale odsetki zawsze na wsparcia używano. Wartość świadczeń pani Gilewskiej dla Towarzystwa przechodzi kwotę 100.000 kor., a fundusz skapitalizowany dochodzi do 40.000 kor. i będzie stanowić fundusz wieczysty Towarzystwa »imienia prof. Dr Karola Gilewskiego — ufundowany przez wdowę, Emilię z Schuhów Gilewską«.

Nie znałem pani Gilewskiej osobiście, nie widziałem jej nigdy. Z listów, które odbierałem, widać, że była pełną podniosłych i szlachetnych myśli, z tego, co o niej słyszałem, że była dobroczyńcą ubogich. Cudzoziemka ta miała piękną i wdzięczną duszę i zachowała aż do śmierci dobrą pamięć dla dni, które pomiędzy nami przeżyła i szacunek dla społeczeństwa naszego, które, wśród nas żyjąc, poznała. Cześć jej pamięci!

Prof. Machek, prezes Tow. lek. galic

Wiadomości bieżące.

Z powodu wielkich kosztów druku i braku papieru konieczna jest, jak już kilkakrotnie podnosiliśmy, treściwość i krótkość artykułów. Autorowie powinni poniechać długich wstępów, zawierających streszczenie dawniejszego piśmiennictwa, z historyi chorób przytaczać tylko charakterystyczne przykłady, i to podając w nich szczegóły tylko istotne, niezbędne, pomijać drobiazgowe opisy histopatologiczne obrazów znanych, rysunki zaś wtedy tylko dodawać, jeśli są bezwzględnie konieczne.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1918/19 wybrany został ponownie prof. Dr Emil Godlewski.

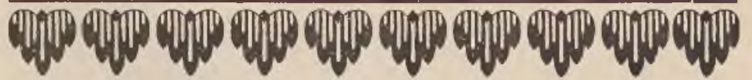
— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali p. Antoni Dydziul, rodem z Grežan na Litwie i p. Tadeusz Kosibowicz z N. Sącza.

Lwów. »Komitet odbudowy sanitarnej kraju« odbył pod przewodnictwem prof. Dr Halbana posiedzenie w d. 30. VI., z następującym porządkiem dziennym: Sprawozdanie prezydyum z załatwienia spraw poruczonych i z działalności samoistnej, obejmującej sprawę stosunku Komitetu do Centrali odbudowy Galicyi, sprawę wzorowej ochronki dla dzieci i zestawienie rozporządzeń dotyczących gruźlicy. Referaty: kraj. insp. Dr Krzyżanowskiego w sprawie zdrojowisk i uzdrowisk i w sprawie braku lekarzy powiatowych, insp. szpit. Dr Lipskiego w sprawie braku lekarzy szpitalnych i gminnych, prof. Halbana w sprawie inwalidów cywilnych, Dr Piepes-Poratyńskiego i prym. Dr Lenartowicza w sprawie braku środków aptecznych.

Warszawa. Staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wyszedł pod redakcyą Dr T. Borzęckiego »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1914—1916«. W ten sposób nawiązany został ciąg dalszy tego nadzwyczaj pożytecznego wydawnictwa, które zdawało się przez wojnę zachwiane. W trzechleciu 1914—1916 obejmuje »Przegląd piśmiennictwa« 1658 publikacyi; liczba ich spadła więc rocznie do $^1/_3$, gdyż w samym tylko roku 1913 wynosiła 1641.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.







Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 1 kor. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgarska 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej cena 11 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. Cz. I. i II. po 9 kor. 20 h.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.



NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.	Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.	Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.
I	Normalna . . . . . $^3/_4$ l	1·—	XII	Jodowa słabsza . . $^3/_4$ l.	1·10	XXIII	Różowa mocniejsza $^3/_4$ l.	1·20
II	Alkaliczna słabsza . » l.	95	XIII	» mocniejsza . $^1/_2$ l.	1·10	XXIV	Ziemna słabsza . . » l.	1 10
III	» mocna . » l.	1·—	XIV	Bromowa słabsza . $^3/_4$ l.	1·05	XXV	» mocniejsza . » l.	1·20
IV	Słona słabsza . . . » l.	1·—	XV	» mocna . . $^1/_2$ l.	1·10	XXVI	Magnezowa różowa » l.	1·10
V	» mocniejsza . » l.	1·05	XVI	Żelazista . . . . . $^3/_4$ l.	1 05	XXVII	Niesłona . . . . . . $^1/_1$ l.	95
VI	Alkaliczno-słona . . » l.	95	XVII	Arsenawa . . . . $^1/_2$ l.	1·10	XXVIII	Radowa czysta . . $^3/_4$ l.	—
VII	Glauberska mocna . » l.	1·05	XVIII	Arseno-żelazista . . $^1/_2$ l.	1·10	XXIX	» alkaliczna . » l.	—
VIII	» słabsza . » l.	95	XIX	Dyetetyczna . . . . $^3/_4$ l.	1·—	XXX	» glauberska » l.	—
IX	Magnowa . . . . » l.	1·10	XX	Kwaskowata . . . $^1/_2$ l.	95	XXXI	» litowa . . » l.	—
X	Wapniowa . . . . » l.	1·10	XXI	Stołowa normalna $^3/_4$ l.	95			
XI	Litowa . . . . . » l.	1·10	XXII	Różowa słabsza . . » l.	1·05			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

DOSTAWCA SZPITALI KRAJOWYCH

STANISŁAW BARAN

BYŁY WSPÓŁPRAC. I ZASTĘPCA FABRYKI INSTRUMENTÓW CHIRURGICZNYCH J. JODŁOWSKIEGO W WARSZAWIE

otworzył 215

MAGAZYN INSTRUMENTÓW LEKARSKO-NAUKOWYCH

KRAKÓW, RYNEK GŁ. L. 7.

Poleca:

Wszelkie współczesne, tylko pierwszej jakości instrumenta chirurgiczne. — Sterylizatory z jednej sztuki metalu bez szwu. — Sprzęty operacyjne i szpitalne. — Przyrządy leczniczo-elektryczne.

Wszelkie przybory do celów leczniczych i pielęgniarskich.

Główne źródło do zaopatrzenia się we wszelkie przybory lekarskie.

Ceny dla JW. Panów Lekarzy odpowiednio zniżone. — Obsługa fachowa.
Oferty i kosztorysy na żądanie.

UWAGA. Wszelkie instrumenta i meble lekarskie używane kupuję, płacę najwyższe ceny, zamieniam na nowe i przyjmuję w komis!

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 28. Kraków, 13. lipca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

edakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha

Rok LVII. Kraków, 13 lipca 1918 Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



DR. LEON KONRAD GLIŃSKI

profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł w 48. roku życia dnia 7. lipca 1918.

Życiorys podamy w jednym z następnych zeszytów.

Ze szpitala garnizonowego Nr. 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

IV.

O zachowaniu się azotu pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał[1])

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr farm. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Dokończenie).

II. Grupa.

Do drugiej grupy zaliczyliśmy wszystkie przypadki ostrego schorzenia (zapalenia) nerek, w których liczba N-pozabiałkowego była wyższa ponad 40. mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi, a należy tu 47. uwzględnionych, to jest 72,2% wszystkich przypadków; spostrzeżenie, które daje nam podstawę do twierdzenia, że w ostrem zapaleniu nerek w ogóle przeważają przypadki ze zwiększeniem N-pozabiałkowego we krwi.

Ze względów klinicznych należy nam jednak grupę drugą podzielić na dwa poddziały. Do pierwszego (II. A.) zaliczymy przypadki, w których liczba N-pozabiałkowego wahała się w granicach między 40. a 100 mg. R-N w 100 cm. sz. surowicy krwi — zwiększenie średnie — i te wynoszą 59,7%, a do drugiego poddziału (II. B.) należą znowu przypadki, w których liczba N-pozabiałkowego była wyższa ponad 100 mg. w 100 cm. surowicy — zwiększenie znaczne, i te wynoszą 10,5% liczby przypadków uwzględnionych. Ten podział grupy drugiej jest wskazany ze względów praktycznych, ponieważ między obu poddziałami stwierdzamy wyraźne różnice pod względem przebiegu klinicznego.

Z poddziału II. A. zestawiam krótko zebrane najważniejsze, a najbardziej typowe przypadki w liczbie dwudziestu, a zaznaczam, że reszta (20 przyp.) nie odbiega znacznie od nich, chyba tylko pod względem częstości mocznicy, a częściowo i stopnia obrzęków ogólnych.

Przypadki o średniem zwiększeniu (40.—100 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Gregor 31. l. 14. dzień choroby, bardzo silne obrzęki, serce powiększone, P = 48 uderz. na min., wątroba lekko powiększona, napady mocznicy drgawkowe. Mocz: białko 12‰—8‰, C. g. 1018—1016, w osadzie krwi brak, później zamroczenia mocznicowe. R-N w 100 cm. sz. 17. IV. 86·8 mg. 25. IV. 75·6 mg.

2. Mies 50. l. 5. dzień choroby, obrzęki średnie, wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·75‰—2‰—3‰, C. g. 1023—1015—1023, w osadzie krew obecna, stan mocznicowy. R-N w 100 cm. sz. 64,4 mg.

3. Drociuk 48. l. 7. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone. Mocz: białko 5‰—7‰1·25‰, C. g. 1026—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 70 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

4. Weber 20. l. 2. tygodnie choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone. Mocz: białko 12‰—3‰—1·5‰, C. g. 1016—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 70 mg.

5. Mangi l. 20. 7. dzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 48 uderz. na min., Mocz: białko 13‰—7‰, C. g. 1020—1024, w osadzie nieznaczna domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 84 mg.

6. Szostak 33. l. 3. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 48 uderz. na min. Mocz: białko 5‰—3·6‰—2½‰, C. g. 1018—1015—1014, w osadzie krew obecna, stan mocznicowy. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

7. Bach. 26. l. 3. tygodnie choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 5·5‰—1‰—1·3‰—1‰, C. g. 1015—1018—1015—1020, ilość moczu: 1500—2400—1800, napady drgawkowe mocznicy. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg.

8. Meszaros 31. l. 2. tygodnie choroby, obrzęki silne, P = 56 uderz. na min. Mocz: białko 5‰—3·25‰, C. g. 1016—

1024, w osadzie bardzo skąpa domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 53·2 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

9. Kuczwara 42. l. 4. tygodnie choroby, obrzęki bardzo silne, wątroba powiększona. Mocz: białko 3·75‰—1‰, ślad, C. g. 1016—1022—1014, ilość moczu: 1500—2000—2500, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 27. V. 75·6 mg. 25. VI. 30·8 mg.; z końcem pobytu bez obrzęków i bez białka.

10. Besta 25. l. 14. dni choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 44 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 1·2‰—0·5‰, C. g. 1020—1014, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 81·2 mg., z końcem pobytu brak obrzęków.

11. Barczuk 51. l. parę miesięcy chory, obrzęki silne, serce bez zmian. Mocz: białko 6·5‰—4‰, C. g. 1016—1020. Ilość moczu: 1000—1000, w osadzie domieszka krwi silna. R-N w 100 cm. sz. 56 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

12. Vida 48. l. 10. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 40 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 10‰, C. g. 1018, ilość: 1000—1800—1300, krwi brak, stan mocznicowy (przy I. badaniu). R-N w 100 cm. 14. VI. sz. 56 mg. 24. VI. 44·8 mg. Obrzęki bardzo uporczywe.

13. Sądorak 19. l. 5. dzień choroby, obrzęki zaznaczone, serce małe, P = 90 uderzeń na min. Mocz: białko 3·1‰, C. g. 1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 53·2 mg.

14. Jakobac 19. l. 17. dzień choroby, obrzęków brak, P = 72 uderz. na min. Mocz: białko 0·75‰, C. g. 1016, w osadzie obfita domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 61·6 mg.

15. Schmied 32. l. 2. miesiące choroby, obrzęki małe, serce bez zmian, P = 72 uderz. na min. Mocz: białko 1‰ C. g. 1016, w osadzie obfita domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 53.2 mg.

16. Niewetz 19. l. 1. miesiąc choroby, obrzęki zaznaczone, P = 78 uderz. na min. Mocz: białko 1·5‰, C. g. 1016, ilość: 650, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg.

17. Nemec 39. l. 2. miesiąc choroby, obrzęki małe, serce powiększone, P = 68 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 1‰, C. g. 1016, w osadzie mierna ilość krwi. R-N w 100 cm. sz. 53·2 mg.

18. Asseg 45. l. 15. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 44 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 3·25‰—1·3‰, C. g. 1028—1016, ilość moczu: 700—3500—2900—2600, skąpa domieszka krwi w osadzie. R-N w 100 cm. sz. 50·4 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

19. Thomas 42. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 48 na min. Mocz: białko 12‰—3‰, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 5. X. 86·8 mg. 16. X. 33·5 mg. Obrzęki ustępowały wolno.

20. Łoś 45. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo znaczne. Mocz: białko 1·2‰, w osadzie krwi brak, napady drgawkowe mocznicy (w początku). R-N w 100 cm. sz. 44·8, pod koniec pobytu obrzęki ustąpiły.

Równocześnie podaję poniżej wszystkie, w liczbie 7, nasze przypadki o znacznem zwiększeniu N-pozabiałkowego, należące do poddziału II. B, zwracając w nich uwagę przedewszystkiem na wyniki badania krwi, przeprowadzanego okresowo, co pewien czas wśród przebiegu sprawy chorobowej.

Przypadki o znacznem zwiększeniu (wyżej 100 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Hodosan 25. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, tony serca głuche, P = 68 uderz. na min., wątroba prawidłowa. Mocz: białko 6‰—1·5‰—0·85‰, C. g. 1020—1012—1018, w osadzie zmienna, silna domieszka krwi, stan mocznicowy (zamroczenie, senność, ból głowy, nudności). obrzęki uporczywe, ustępują powoli, po 6. tygodniach ustąpiły zupełnie. R-N w 100 cm. sz. 26. IV. 109,2 mg. 12. V. 75·6 mg. 28. V. 40 mg.

2. Cita 46. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce prawidłowe, tony serca głuche, wątroba miernie powiększona. Mocz: białko 9‰—6‰—6‰, C. g. 1018—1016—1016, ilość moczu: 1000—750—2000, w osadzie krwi ślad, stan mocznicowy przez długi czas, pod koniec pobytu nudności i bóle głowy od czasu do czasu, obrzęki bardzo uporczywe, po 7. tygodniach bez zmian. R-N w 100 cm. sz. 12. V. 103,6 mg. 18. V. 98 mg. 14. VI. 47·6 mg.

3. Tanerer 33. l. 5. dzień choroby, obrzęki silne, serce powiększone, tony serca głuche, wątroba bez zmian. Mocz: białko 15‰—20‰—20‰—8‰, C. g. 1017—1014—1020, ilość moczu: 600—1200—1600, w osadzie bardzo silna domieszka krwi, stan mocznicowy wybitny przez 3. tygodnie trwający, obrzęki bardzo uporczywe, po 6. tygodniach prawie bez zmiany. R-N w 100 cm. sz. 16. V. 114,8 mg. 22. V. 98 mg. 18. VI. 56 mg.

4. Barnaś 40. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, tony serca głuche, P = 60 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 6·5‰—6‰—2·4‰—2‰, C. g. 1024—1020—1014—1014, ilość moczu: 800—1000—2500—3000, w osadzie obfita domieszka krwi, stan mocznicowy przez 3—4 tygodnie, obrzęki bardzo uporczywe, po 8. tygodniach ustąpiły obrzęki zupełnie. R-N w 100 cm. sz. 16. VIII. 131,6 mg. 28. VIII. 81,2 mg. 3. X. 44,8 mg.

5. Myszczyszyn 24. l. 4. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, P = 64 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 6‰—9‰, C. g. 1015—1016, ilość moczu: 2000—1800, w osadzie krwi brak, stały stan mocznicowy, obrzęki przez 3. tygodnie bez zmian, objawy mocznicy bez zmian. R-N w 100 cm. sz. 8. VI. 117·6 mg. 20. VI. 123·2 mg.

6. Wollmann 24. l. 2. tydzień choroby, obrzęki mierne, serce bez zmian, wątroba niepowiększona. Mocz: białko 12‰—9·5‰, C. g. 1022—1024, ilość moczu: 1200—1000, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy wybitny, po 4 tygodniach stan niezmieniony. R-N w 100 cm. sz. 15. VII. 120,4 mg.

7. Molnar 20. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, tony serca głuche, wątroba niemacalna. Mocz: białko 12‰—9‰—10‰, C. g. 1016—1018—1016, ilość moczu: 200—1360—500, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy postępujący, z początku napady drgawkowe mocznicy, obrzęki bez zmian, śmierć w 5. tygodniu pobytu. R-N w 100 cm. sz. 30. IV. 204,4 mg. 10. V. 253,4 mg. 20. V. 226,8 mg.

Jeżeli weźmiemy na uwagę całą grupę drugą, to dojdziemy do przekonania, wyrażonego już przy omawianiu grupy pierwszej, że na podstawie liczby N-pozabiałkowego, w tych przypadkach zwiększonej, nie możemy sądzić o postaci ostrego schorzenia (zapalenia) nerek. I w tej grupie spotykają się ze sobą przypadki nefrozy z typowymi przypadkami ostrego zapalenia nerek w ścisłem słowa znaczeniu, a nawet stwierdziliśmy tu jeden przypadek zapalenia nerek bezbiałkowego, który przytoczyłem w poprzedniej rozprawce mojej o tym przedmiocie.

Odmiennie natomiast od pierwszej grupy przedstawia się grupa druga pod względem przebiegu klinicznego. Tu trudno nam będzie twierdzić ogólnie o łagodności przebiegu klinicznego, choć korzystniej może przedstawia się jeszcze poddział II. A., którym zajmiemy się przedewszystkiem.

W tym poddziale spotykamy znowu przypadki, w których objawy kliniczne zapalenia nerek cofają się szybko; więc obrzęki znikają rychło, ilość białka maleje do paru tygodni, tak, że mocz jest ostatecznie bez białka lub zawiera tylko ślady białka, a stan ogólny jest zupełnie dobry, połączony z poczuciem zupełnego zdrowia, mimo ciężkich objawów początkujących, jak n. p. w II. A przyp. 9. i inne, których nie umieściłem w zestawieniu. Lecz przeważna część przedstawia obraz cięższy tak pod względem poszczególnych objawów, jak i czasu ich trwania. Wziąwszy na uwagę choćby już obrzęki, to widzimy, że w grupie I. tylko 35% przypadków okazało bardzo silnie rozwinięte obrzęki, gdy w poddziale II. A. już 57,5% przebiegało z bardzo silnymi obrzękami. Również ilość białka, choć jest ona zależna przedewszystkiem od postaci zapalenia, — w tych przypadkach była przeważnie wyższa, a rzadziej stwierdzaliśmy przypadki o małej ilości białka na szczycie sprawy chorobowej. Najwazniejszym zaś i najcięższym objawem była u tych chorych mocznica, którą spotykaliśmy w grupie II. A. znacznie już częściej, niż w poprzedniej. I tak w grupie I. tylko w $^1/_{10}$ przypadków t. j. w 10% stwierdziliśmy objawy mocznicy, gdy w poddziale II. A. już $^1/_4$ na szczycie sprawy okazywała wybitne objawy mocznicowe, to jest 25% przypadków. Co do postaci, to rzadziej stwierdzaliśmy napady drgawkowe, częściej zaś typowy stan mocznicowy ogólny bez drgawek. Zaznaczyć jednak należy, że zwiększenie liczby N-pozabiałkowego nie idzie równolegle z wystąpieniem mocznicy, bo jak przy niższej liczbie R-N nieraz występowała typowa mocznica, tak w drugim przypadku o wyższej liczbie R-N brak jej było zupełnie i naodwrót. Charakterystyczne może było to, że napady drgawkowe spotykaliśmy przeważnie w przypadkach o liczbie N-pozabiałkowego, zbliżonej bardziej do granic prawidłowych, chociaż nie bez wyjątków. W tej grupie nie straciliśmy jednak ani jednego przypadku wśród objawów mocznicy, chociaż dodać muszę, że może często czas pobytu chorego na oddziale był za krótki, bo nie przenosił zwyczajnie 6—7 tygodni. Z innych objawów klinicznych podnieść należy w tej grupie znacznie częściej spotykane zwolnienie tętna, jako następstwo znaczniejszego ogólnego zatrucia. Czy w tych przypadkach czę-

ściej występują powikłania ze strony innych narządów, jak narządu krążenia, płuc lub jamy brzusznej, to trudno osądzić. Ale wspomnieliśmy już, że w poddziale II. A. i przebieg kliniczny jest cięższy, bo przedewszystkiem czas trwania najważniejszych objawów był dłuższy. Uporczywie przeważnie utrzymywały się u tych chorych obrzęki ogólne mimo małosolnej dyety i znacznego ograniczenia podawanych płynów; ustępowanie powolne obrzęków trwało najmniej 6—7 tygodni. Ilość białka w moczu zmniejszała się również powoli i utrzymywała się w większym stopniu mimo zupełnego znikania obrzęków, wogóle w bardzo małej liczbie przypadków doszliśmy do śladów białka po 6—7-tygodniowym pobycie chorego w szpitalu i wypuszczaliśmy chorych przeważnie ze znacznemi ilościami białka i nieprawidłowego osadu moczowego. Zaznaczę jeszcze raz, że objawy mocznicowe trwały w tych przypadkach przeważnie długo, stan zamroczenia trwał najczęściej parę tygodni. Po ustąpieniu zaś mocznicy stwierdzaliśmy zwykle zmniejszanie się N-pozabiałkowego we krwi do liczb prawidłowych, tak, że w tych przypadkach do oceny przebiegu ważne również było powtórzenie badania R-N w surowicy krwi. Nie od rzeczy będzie dodać, że pobyt 6—7-tygodniowy chorego w szpitalu w I. grupie w przeważnej liczbie przypadków wystarczał do wypuszczenia chorego zupełnie lub prawie zupełnie bez białka w moczu i z dobrym stanem ogólnym, w grupie II. A. po tym samym okresie pobytu chorego białko w moczu było przeważnie wybitnie obecne, a stan ogólny był daleki od obrazu ozdrowienia.

O widokach, dotyczących dalszego przebiegu, jak i ostatecznego wyniku u wielu naszych chorych, mówić coś pewnego będzie trudno, bo nie mogliśmy pobytu chorego przedłużać zwykle ponad 6—7 tygodni. Wprawdzie przeważna część chorych w chwili opuszczania oddziału przedstawiała obraz ciągle poważny, który pozwalał na przypuszczenie najmniej długiego jeszcze trwania sprawy chorobowej, jeżeli nie wprost na niekorzystny wynik co do życia chorego lub przejście sprawy w stan nieuleczalny, ale brak nam pewnych dowodów do twierdzenia stanowczego w tym przedmiocie.

Bez względu na to, na podstawie spostrzeżeń naszych, poczynionych u chorych w czasie ich pobytu w szpitalu, możemy twierdzić, że *wykazanie średniego zwiększenia liczby N-pozabiałkowego w surowicy krwi* (granica między 40. a 100. mg. w 100 cm. sz. S.) *zmusza nas już do poważnego rokowania co do najbliższej przyszłości przypadku i każe obawiać się z wielkiem prawdopodobieństwem wystąpienia objawów mocznicy, lub też w razie istnienia jej wskazuje na jej uporczywość. Na podstawie średnio-wyższej liczby R-N będziemy mieli prawo rokować o uporności poszczególnych innych objawów klinicznych zapalenia nerek, jak i najmniej o uporczywości sprawy chorobowej w nerce wogóle, a może i o niekorzystnym jej ostatecznym wyniku dla chorego.* Dodam, że i w tych przypadkach w rokowaniu musimy uwzględnić zachowanie się innych narządów, więc przedewszystkiem stan narządu krążenia, a potem płuc i t. d., bo powikłania z tych narządów mogą prędzej sprowadzić śmierć osobnika, niżby to zapowiadał stan jego nerek.

Przechodząc wreszcie do omówienia poddziału II. B., widzimy na pierwszy rzut oka, że tu należą najcięższe przypadki ostrego zapalenia nerek. Na szczycie sprawy chorobowej chorzy przedstawiają obraz kliniczny schorzenia ciężkiego. Obrzęki we wszystkich przypadkach dosięgają znacznych rozmiarów, a nie spotykamy tu ani jednego ostrego przypadku z małymi obrzękami lub też bez obrzęków ogólnych; obrzęk stwierdziliśmy tu u 100% chorych. Białko utrzymywało się również w granicach mimo różnych postaci ostrego zajęcia nerek. Ponad wszystkimi objawami klinicznymi u tych chorych górowała jednak typowa mocznica, którą w tej grupie (II. B.) stwierdziliśmy w 100% przyp. Wysoka liczba N-pozabiałkowego we krwi i stan mocznicowy, to dwa ze sobą ściśle związane objawy. Co do postaci mocznicy, to typem był tu stan mocznicowy bez drgawek, w którym przeważają objawy zamroczenia przytomności, senność, ból głowy, brak łaknienia, nudności, wymioty i bezwład ogólny, a rzadziej wplatają się w ten obraz drgawki ogólne, nie stanowiąc jednak nigdy objawu dominującego ponad inne. Ciężkie powikłania w zakresie narządu oddechowego i zmiany w narządzie krążenia uzupełniały zwykle ciężki obraz schorzenia u tych chorych.

A jeżeli w tych przypadkach następowała poprawa stanu, to zjawiała się ona bardzo powoli i była zwykle niezupełna. Najszybciej jeszcze przy odpowiedniem leczeniu ustępowały wreszcie obrzęki, ale zwykle trwały one bardzo upornie. Mimo zupełnego głodzenia chorego nawet i one nie chciały się cofać, tak, że tylko dwa przypadki potrafiliśmy uwolnić od obrzęków, lecz i w tych stan nieprawidłowy moczu zmienił się tylko nieznacznie. Wogóle we wszystkich przypadkach mocz pod koniec pobytu chorego okazywał wybitny stan nieprawidłowy, wskazując na znaczne prawdopodobnie zmiany anatomiczne w nerkach. W jednym przypadku (zest. III. przyp. 1.) doprowadziliśmy wprawdzie do ilości białka tylko 0,85%, ale osad moczu i stan ogólny chorego nie dawał podstaw do przyjęcia zbliżającego się wyleczenia sprawy. Uporczywy był również stan mocznicowy chorych, który nieraz tygodniami trwał bez żadnej zmiany. Charakterystyczne było w tych przypadkach wahanie się liczby R-N we krwi, która zmniejszała się mniejwięcej równolegle do stanu ogólnego chorego, zwłaszcza prawie równolegle do stanu mocznicy lub też zwiększała w miarę pogarszania objawów. W jednym tylko przypadku (zest. III. przyp. 1.) po 5 tygodniach liczba N-pozabiałkowego spadła do wysokości prawidłowej 40 mg., z ustąpieniem i innych ważniejszych objawów klinicznych, lecz i w tym przypadku na podstawie obrazu moczu i stanu ogólnego rokowanie musiało (zdawało się) być niekorzystne. Zresztą liczba R-N przeważnie utrzymywała się uporczywie na poziomie ponadprawidłowym, chociaż nie stałym. Pamiętać jednak należy o tem, że liczba N-pozabiałkowego, mimo znacznego początkowego jej zwiększenia na szczycie nasilenia ostrego stanu zapalnego, w dalszym przebiegu może przecież spaść następowo do granic prawidłowych i utrzymywać się jakiś czas na tej wysokości. Lecz i w stanie krwi widzimy przeważnie tę uporczywość, którą stwierdzamy i w przebiegu klinicznym tych przypadków, jako characteristicum ciężkości stanu chorobowego. Dodać należy jeszcze, że u tych chorych, u których wreszcie obrzęki ustąpiły, a stan moczu nieco się poprawił, spostrzegaliśmy obraz wybitnej niedokrwistości, tak charakterystycznej dla ciężkich postaci przewlekłych zapaleń nerkowych. Czy w tych przypadkach mimo ciężkiego stanu możemy się spodziewać przecież wyleczenia sprawy chorobowej, to pytanie, na które trudno byłoby nam odpowiedzieć na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia. Stan chorych w chwili opuszczenia oddziału nie dawał nam żadnych podstaw do korzystnego rokowania tak co do najbliższej, jak i dalszej przyszłości. Piętno nieuleczalności mieli ci chorzy na sobie wypisane, chociaż mógłbym się może mylić co do tego wobec znanych przypadków wyleczenia (?) ostrej sprawy nerkowej nawet i po roku jej trwania. Rokowanie jednak musi być w tych przypadkach jeżeli nie zupełnie złe, to przecież bardzo wątpliwe. Do takiego twierdzenia zdają się nas uprawniać przypadki przezemnie spostrzegane.

Osobno jeszcze należy omówić przypadek ostatni poddziału II. B. (przyp. 7.), który przytoczę szczegółowiej. U tego chorego pozornie już w drugim tygodniu sprawy chorobowej rozwija się obraz ciężkiej ostrej nefrozy z równoczesnem zajęciem kłębków nerkowych, za czem przemawiałby stosunkowo niewysoki ciężar gatunkowy moczu i domieszka krwi w drugiej połowie pobytu chorego w szpitalu, jak i wysokie parcie krwi, wynoszące około 200 mm. Hg. U tego chorego obrzęki były bardzo silne, a nie zmieniły się przez cały czas jego obecności na oddziale; na pierwszy plan jednak wystąpił ciężki stan mocznicowy z silnem zamroczeniem przytomności, sennością, bolami głowy, nudnościami i wymiotami; z początku pobytu chory miał raz jeden bardzo krótkotrwały napad lekkich drgawek mocznicowych, które potem już się nie powtórzyły nigdy. Przy stale małej ilości moczu i wśród pogarszających się stale objawów mocznicy, tak, że chory pod koniec ledwie dawał się obudzić celem odpowiedzi, nastąpiło zejście śmiertelne. Jako końcowe powikłanie wystąpiło u tego chorego zrazikowe zapalenie płuc, które sekcya potwierdziła. W przebiegu sprawy chorobowej nie mogliśmy stwierdzić żadnego wpływu leczenia naszego, lecz stałe pogarszanie się sprawy, postępujące aż do śmierci. Badanie krwi wykazało maksymalne zwiększenie się N-pozabiałkowego ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy i dalsze zwiększenie się jego z pogarszaniem się stanu klinicznego.

Kończąc nasze rozpatrywania, na podstawie nielicznych może, ale zgodnie przebiegających przypadków ostrego schorzenia (zapalenia) nerek, należących do poddziału II. B., musimy dojść do przekonania, że *w ostrych zapaleniach nerek w razie wykazania znacznego zwiększenia liczby N-pozabiałkowego w surowicy krwi* (ponad 1000 mg. w 100 cm. sz. surowicy) *rokowanie nasze musi być bardzo poważne tak co do stanu czasowego, jak i bliższej, lecz i dalszej przyszłości chorego; utrzymywanie się uporne objawów klinicznych, uporczywość stanów mocznicowych, grożących życiu i przewle-*

kłość sprawy chorobowej, to characteristicum tej grupy; piętno nieuleczalności, to cecha właściwa przeważnej części tych przypadków, choć poprawa stanu klinicznego należy do częstych objawów w przebiegu, wahającego się między polepszaniem i pogarszaniem się objawów. Przypadek zaś nasz ostatni (grupa II. B. przyp. 7.), przy uwzględnieniu doświadczeń obcych, dotyczących jednak przeważnie przewlekłych zapaleń nerkowych, uprawnia nas przytem do twierdzenia, że u chorych z maksymalnem zwiększeniem N-pozabiałkowego w surowicy krwi ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy rokowanie z reguły jest złe tak co do czasu trwania sprawy chorobowej, jak i życia wogóle. W podobnych przypadkach śmierć następowała zwykle w najbliższych miesiącach wśród objawów postępującej mocznicy, zwłaszcza jeżeli w czasie spostrzegania można było stwierdzić stałe dalsze zwiększanie się lub też utrzymywanie wysokiej już liczby R-N we krwi chorego. Znane są wprawdzie przypadki ostrego zapalenia nerek ze zwiększeniem liczby N-pozabiałkowego ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy na szczycie sprawy chorobowej, w których mimo to nastąpiło powolı cofnięcie się objawów i restytucya (wyleczenie?) sprawy, lecz te należą do nadzwyczajnych wyjątków, które nie zachwiewają słuszności wyżej wyrażonego ogólnego twierdzenia.

Przechodząc do wniosków końcowych, do których nas uprawniają badania nad zachowaniem się N-pozabiałkowego we krwi osobników ze schorzeniem nerek, przypomnieć należy jeszcze raz, że zatrzymywanie tych ciał w ustroju jest tylko wynikiem zaburzenia sprawności funkcyonalnej nerek, i to wynikiem zaburzenia jednej z najważniejszych ich czynności, to jest wydzielania produktów rozpadu białkowej przemiany materyi. Dotychczasowe badania nie dają nam żadnej podstawy do rozstrzygania o miejscu, ani o rodzaju toczącego się schorzenia, któreby było źródłem tej niesprawności (niedomogi) nerek w tym kierunku. W tych samych postaciach schorzenia nerek stwierdzamy w jednym przypadku prawidłową, w innym zwiększoną liczbę R-N we krwi, jak i w różnych okresach tegosamego przypadku stwierdzamy raz większą, a drugi raz mniejszą liczbę N-pozabiałkowego. Jeżeli uwzględnimy przedewszystkiem przewlekłe sprawy nerkowe, to wysokość liczby R-N we krwi, jako miernik niedomogi nerkowej, jest tylko wyrazem okresu schorzenia, który nazywamy okresem niedomogi nerkowej, a wystąpić on może w każdej postaci klinicznej zajęcia nerek.

W przypadkach ostrej sprawy nerkowej »zapalnej« liczba N-pozabiałkowego jest również wskaźnikiem tylko sprawności, a nie rodzaju schorzenia nerek. I nasze badania wykazały w pierwszym rzędzie, że na podstawie wysokości liczby R-N nie możemy sądzić o postaci klinicznej zajęcia nerek, więc również ani o rodzaju ani o usadowieniu sprawy w nerce. Wysokość liczby N-pozabiałkowego we krwi, będąc miarą sprawności nerek, jest dla nas przedewszystkiem wykładnikiem ciężkości schorzenia w tych przypadkach. Sprawa chorobowa ostra, która daje powód do wystąpienia ciężkich zaburzeń sprawności nerek w kierunku wydzielania produktów rozpadu białka, musi mieć jako tło zmiany natury bardzo poważnej, których restytucya wymagać musi conajmniej długiego czasu lub też jest ona wogóle niemożliwa ze względu na ciężkość zaszłych zmian. Gdy więc liczba prawidłowa R-N we krwi pozwoli nam przeważnie rokować korzystnie co do długości trwania ostrej sprawy, to wzmożenie tej liczby zmusza nas do rokowania mniej korzystnego w sprawie trwania stanu nieprawidłowego, bo tu tło stanowić musi ciężki stan patologiczny, który jest mniej zdolny do restytucyi, niż w przypadku pierwszym. Jasnem jest, że ostateczny wynik lub ewentualne przejście sprawy ostrej nerkowej w stan przewlekły (nieuleczalny) zależy przecież od początkowego nasilenia okresu ostrego i zmian, które ten wywołał w nerce dotkniętej. Tem samem liczba R-N w okresie ostrym może dla nas być wskaźnikiem do oceny dalszej przyszłości przypadku ostrego »zapalenia« nerek. Nie wchodząc w szczegóły, które z ciał N może być źródłem zatrucia, lecz stwierdzając znaną równoległość między wysokością liczby R-N we krwi, a występowaniem stanu mocznicowego, na podstawie obliczania N-pozabiałkowego we krwi będziemy sądzić o możliwości wystąpienia stanu mocznicowego w danym przypadku, a tem samem na podstawie liczby R-N rokować o ewentualnej możności wystąpienia mocznicy w ostrem zapaleniu nerek. Rokowanie co do najbliższej więc przyszłości przypadku, zwłaszcza możności wystąpienia stanu mocznicowego, to znowu jeden ze szczegółów klinicznych, w którym pomocnem nam będzie obliczanie liczby N-pozabiałkowego we krwi chorego, z ostrem »zapaleniem« nerek.

Do powyższych uwag dodajmy jeszcze i stwierdzoną zależność liczby R-N we krwi od ilości z pokarmem wprowadzonego białka i wzrost jej pod wpływem pokarmów zawierających azot, zwłaszcza w przypadkach niedomogi nerkowej, co nie może być bez wpływu na kierunek dyety przy schorzeniach nerkowych, a zrozumiemy, jak konieczny jest ten rodzaj badania krwi w przypadkach zajęcia nerek wogóle. Ze względu na wartość obliczania N-pozabiałkowego we krwi w przypadkach schorzenia nerek tak w kierunku rokowania, jak i leczenia, oznaczanie liczby R-N we krwi musimy uważać za jeden z koniecznych sposobów badania klinicznego, równorzędny zwykłemu badaniu moczu, krwi i t. d., czego nowożytna klinika nie może pominąć przy ścisłej ocenie przypadków podobnych.

Literatura[1]).

1) Christian, Frothingham, O. Hare, Woods: Americ. Journ. of. the med. sciences. 1915. 2) Dehnel: Medycyna i Kronika lek. 1914. 3) Franke: Przegl. lek. 1917. 4) Hefter i R. Liebeck: D. A. f. kl. Med. T. 114. 5) Hohlweg: D. A. f. klin. Med. T. 104. 6) Jungmann T.. Z. f. klin. Med. T. 84. 7) Magnus-Alsleben: Über die Nephritis im Felde. Münch. m. Woch. 1916. 8) Monakow: D. A. f. klin. Med. 123. 9) Nonnenbruch: Nierenentzündungen im Felde. Münch. med. Woch. 1916. 10) Oszacki: Z. f. klin. Med. T. 77. 11) Rzętkowski K.: Sprawozdanie Tow. nauk. warsz. 1916. i Posiedz. Tow. lek. krak. 1916. (Przegl. lek. 1917. Nr. 2). 12) Reiss: Z. f. kl. Med. T. 80. 13) Scheel: Ugeskrift for. Lager. 1916. (duńska). 14) Sterling S:. Odczyty kliniczne. Warszawa 1918. 15) Strauss: D. A. f. klin. Med. T. 106. i Die Nephritiden. Berlin i Wiedeń. 1918. Wyd. II. 16) Volhardt: Handbuch d. inn. Med. Mohr-Staehelin. T. III. Część II. 1918. 17) Zondek: Z. f. kl. Med. T. 83.

Ze szpitala powszechnego w Jarosławiu.

W sprawie stopy szpotawej wrodzonej

Podał

Dr Bolesław Lecewicz

b. kierownik szpitala pow. w Jarosławiu, obecnie w Brzeżanach.

Leczenie w niemowlęctwie stopy szpotawej wrodzonej należy do zbyt pospolitych zadań chirurga, wiadomości o racyonalnem traktowaniu w tym wieku dostatecznie są znane, by kusić się o rzucenie pełniejszego światła na tę sprawę. Przypadek zaś, przedstawiony w niniejszej pracy, dotyczący 18-letniej dziewczyny, uznany przez kolegów chirurgów jako nie nadający się do leczenia, przekracza widocznie granicę zwykłych pojęć o tej chorobie i wymaga przeto bliższego zastanowienia się.

Stopę szpotawą (pes varus) cechuje ułożenie stopy w supinacyi tak, iż brzeg zewnętrzny staje się dolnym, wewnętrzny zaś górnym. Zwykle towarzyszy temu zboczeniu zbliżenie palucha ku kostce wewnętrznej, czyli przywiedzenie (adductio) stopy. Często dołącza się opadnięcie palców ku dołowi i podniesienie pięty ku górze, czyli stopa końska (pes equinus). Wada ta zajmuje drugie miejsce w zboczeniach wrodzonych, ustępuje tylko wardze zajęczej. Częściej zdarza się u chłopców, niż u dziewcząt, przyczem częściej dotyczy kończyny dolnej lewej.

Powstanie stopy szpotawej odnieść należy do rozmaitych okresów życia płodowego. Wcześniej rozwija się stopa szpotawa, jeżeli spowodowana jest: brakiem poszczególnych kości wskutek nieprawidłowego zarodkowego rozwoju, nieprawidłowemi przyczepieniami się mięśni i więzadeł, zboczeniami wskutek wad w ośrodkach nerwowych, wreszcie wskutek ucisku przez zrosty owodni. Większość jednak przypadków wytwarza się w drugiej połowie życia płodowego wskutek niestosunku między wielkością

---

[1]) Podaję tylko poszczególne prace dotyczące przedmiotu, zwłaszcza z lat ostatnich, i to najważniejsze.

płodu a ilością wód płodowych, a co za tem idzie, nadmiernego ucisku ścian macicy na stopy i utrudnienia ruchów kończyn.

Zmiany anatomiczne w przypadkach stopy szpotawej spowodowane brakiem kości, są rozmaite, zależnie od braku tej lub innej kości. Wszystkie inne przypadki, spowodowane przez ucisk na prawidłowe stopy, posiadają stałe charakterystyczne zmiany anatomiczne, zgodne z zewnętrznym obrazem. Supinacya, przywiedzenie (adductio) i zgięcie (flexio), charakterystyczne dla tej wady, muszą spowodować odpowiednie zmiany w kościach. Kość skokowa wskutek nadmiernego zgięcia wysuwa się ku dołowi i przodowi, powierzchnia stawowa w przedniej części wyrodnieje, a styka się z kością piszczelową tylko w tylnej swej części. Szyjka kości skokowej jest wygięta ku wewnątrz, główka zaś zwrócona jest ku dołowi i wewnątrz.



Rys. 1.



Rys. 2.

Kość piętowa jest wygięta wklęsłością ku wewnątrz. Wskutek wysunięcia się kości skokowej artykuluje kość piętowa z częścią powierzchni stawowej kości piszczelowej. Kość sześcienna i czółenkowata przesunięte są ku wewnątrz. Kości goleni niekiedy są skręcone na wewnątrz. Części miękkie wskutek zbliżenia się punktów przyczepu są skurczone, a więc powięź ścięgnista podeszwy, mięśnie piszczelowe, zginacze palucha i palców, naczynia i nerw, tudzież więzadła między kostką wewnętrzną a kośćmi stępu. Przemieszczone są ścięgna: m. strzałkowego długiego na zewnętrzną stronę kości piętowej, m. piszczelowego tylnego na tylny brzeg kostki wewnętrznej. Ścięgna przebiegające na grzbiecie stopy przesunięte są ku wewnątrz i mają rozciągnięte więzadła. Używanie kończyn przy chodzeniu potęguje powyższe zmiany. Wygięcie poszczególnych kości i skręcenie stopy wzmaga się. Grzbiet stopy, pokryty torebką maziową, zastępuje podeszwę. Mięśnie goleni zanikają. Chory, by zachować równowagę ciała. przechyla się wstecz, co wywołuje wytwarzanie się wygięcia kręgosłupa ku przodowi.

Trudności rozpoznawczych w przypadku opisanym nie było żadnych, wszystkie bowiem cechy, powyżej przedstawione, widoczne były na obydwu stopach, jak zresztą dołączona rycina przedstawia.

Julia C., lat 18. licząca, zgłosiła się w styczniu b. r. do operacyi. Wobec rozległych zmian kości stępu, jakoteż skurczenia się części miękkich na podeszwie, operacya Phelpsa mogła jedynie dać dobry wynik.

W uśpieniu chloroformowem po założeniu opaski Esmarcha na kończynę dokonano otwartej tenotomii ścięgna Achillesa, poczem poprowadzono cięcie, prostopadłe do osi stopy, w środku między kostką wewnętrzną a stawem Choparta, długości 3 cm. Obok kostki przecięto ścięgno mięśnia piszczelowego tylnego, powyżej zaś więzadło boczne wewnętrzne (deltoideum) i otwarto staw skokowy. Idąc ku środkowi podeszwy, przecięto ścięgna długiego zginacza palców, m. odwodzącego i długiego zginacza palucha. Po dokonaniu powyższych nacięć stopa w stawie skokowym dała się odprowadzić do pozycyi, w której oś tejże z osią goleni utworzyły kąt prosty. Wygięcie szyjki kości skokowej układało przednią część stopy w przywiedzeniu. Cięciem przeto równoległem do osi stopy odsłonięto szyjkę kości skokowej i wydłutowano z niej klin, rozwarty ku grzbietowi stopy. Stopa przyjęła kształt prawidłowy.

Odstąpiono od zalecanej przez Phelpsa osteotomii szyjki, dokonano natomiast resekcyi klinowej, by usunąć moment dalszego napięcia tkanek miękkich na podeszwie wskutek oddalenia punktów ich przyczepu przy wyprostowaniu (redressement) i by uzyskać ustalenie trwalsze w miejscu przecięcia kości, przez zbliżenie powierzchni kości i założenie grubych szwów katgutowych na okostną. Brzegi ran skórnych zespojono ciągłym szwem katgutowym. Torebki maziowej na grzbiecie stopy nie wycinano na razie z powodu owrzodzeń, znajdujących się na pokrywającej ją skórze. Zapomocą dwu pasków przylepca ustalono stopę, założono opatrunek aseptyczny o równomiernej dość cienkiej warstwie waty od palców aż do stawu kolanowego, dość mocno uciśnięto opaską kalikotową, poczem założono opatrunek gipsowy okrężny na stopę i goleń. Dalszy przebieg był bezgorączkowy. Po dwu dniach z powodu obrzęku palców opatrunek gipsowy z boku nacięto.

W sześć tygodni zdjęto opatrunek. Rany zgoiły się doraźnie. Stopa, trochę obrzękła, znajdowała się w nadanej podczas operacyi pozycyi, jak rycina druga przedstawia, z tendencyą do zgięcia i przywiedzenia. Chorej zakładano opatrunek przylepcowy, co kilka dni masowano kończynę i kazano chodzić. Po tygodniu chora mogła posługiwać się kończyną bez laski, ruchy w stawie skokowym stale się zwiększały.

Gdyby w danym przebiegu mimo racyonalnego traktowania okazało się, iż stopa opada ku dołowi, przyszycie ścięgna rozginacza palucha po stronie zewnętrznej stopy całkowicie usunie to małe zboczenie.

Wynik, jaki otrzymano w powyższym przypadku, winien przyczynić się w pewnej mierze do posunięcia granicy uleczalności stopy szpotawej wrodzonej.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Lad. Syllaba. **Nauka o lékarském poklepu a poslechu.** Díl prvý: nauka o poklepu. V Praze 1918. Str. 470.

Dzieło profesora uniwersytetu czeskiego w Pradze wydane zostało, jak na czasy wojenne, bardzo wspaniale i ozdobione licznemi tablicami, obrazami i rysunkami, wykonanymi bardzo starannie i na doborowym papierze. Już ta zewnętrzna forma ujmuje korzystnie czytelnika, a przyczynia się do pochlebnej oceny dzieła jeszcze piękny język naukowy i gładki styl, i wreszcie jasny i przejrzysty sposób przedstawienia materyału naukowego, z natury rzeczy suchego i dość ciężkiego. Te wszystkie zalety zapewniają podręcznikowi trwałą wartość i sprawiają,

że dzieło prof. Syllaby stanie się z pewnością cennym dorobkiem w piśmiennictwie naukowem lekarskiem czeskiem, a dla uczącej się młodzieży przyniesie wielką praktyczną korzyść.

Dzieło Syllaby rozpoczyna się obszernym wstępem, w którym autor przedstawia zarys historyczny i rozwój nauki o badaniach fizycznych od najdawniejszych, Hipokratesa sięgających czasów, aż do najnowszej doby; zarys tęn ilustrowany jest licznemi podobiznami lekarzy i uczonych, którzy w rozwoju metod fizycznego badania położyli zasługi i stworzyli podstawy, na których opiera się obecna nauka, jak Morgagniego, Auenbruggera, Bichata, Skody, Wintricha, Weila, Purkinyego i t. d. Nie zapomina też autor o swej nauce rodzimej, w której wybija się jako pionier nauki o badaniach fizycznych znakomity prof. Eiselt, chluba uniwersytetu praskiego, którego znaczeniu i zasługom dla nauki czeskiej poświęca autor szereg uwag.

Rzecz właściwa w podręczniku Syllaby dzieli się na trzy części: w pierwszej ogólnej przedstawia autor metodykę i fizykę opukiwania, a więc ogólne postępowanie i technikę badań, omawia najrozmaitsze sposoby opukiwania, przeróżne rodzaje odgłosów oraz ich odcieni, dawniejsze i nowsze metody opukiwania i t. d., podaje też wyniki własnych spostrzeżeń i doświadczeń nad powierzchownem i głębokiem opukiwaniem (str. 136), wreszcie sposoby kontrolowania wyników opukiwania metodami badania rentgenologicznego.

Dalsze części obejmują opukiwania szczegółowe narządów, a więc w części drugiej opukiwanie narządów zdrowych (płuc, serca, wątroby, śledziony, przewodu pokarmowego i t. p.). Tutaj opisuje autor zachowanie się odgłosu opukowego oraz zmiany jego w prawidłowych warunkach, zachowanie się granic narządów, ich topograficzne stosunki, oznaczanie wymiarów i wielkości i t. p. Jak wszędzie, tak i tutaj uwzględnia także swe własne badania oraz spostrzeżenia; tak n. p. w rozdziale o oznaczeniu prawdziwej wielkości serca podaje wyniki swych badań porównawczych, przeprowadzonych na zwłokach i materyale żywym z pomocą kombinacyi metod opukiwania, ortodiagrafii i ortodiaskopii oraz porównuje w ten sposób otrzymane wymiary serca z wynikami badań innych autorów (Dietlen, Moritz, Treupel i t. d.). Z badań tych wynika, że granice i wielkość serca lewego dają się oznaczyć z dokładnością, dochodzącą do 80% przy różnicach wymiarów, wahających się w granicach do $^1/_2$ cm bez porównania łatwiej, niż granice i wielkość serca prawego. Podobnie i w rozdziale o opukiwaniu wątroby i śledziony może autor poszczycić się własnemi badaniami. Na końcu każdego rozdziału pomieszcza autor zestawienie, w którem podaje szereg faktów, uwag, rad i wskazówek, przez co materyał naukowy zyskuje na przejrzystości i praktyczności.

Część trzecia obejmuje opukiwanie narządów w stanach chorobowych czyli t. zw. dyagnostykę opukową; dział ten ilustrowany jest obficie obrazami, rysunkami, rentgenogramami i t. p., które w znacznym stopniu ułatwiają poznanie różnic zmian fizycznych między stanami prawidłowymi a chorobowymi.

W podręczniku swym autor podaje obok terminologii czeskiej wszędzie tam, gdzie chodzi o oznaczenie nazw czy różnych rodzajów opukiwania, czy metod badań, czy technicznych wyrażeń, także terminologie obce, jak francuską, angielską, niemiecką i t. p., przyczem uwzględnia też terminologię polską; w ten sposób książka staje się łatwiej dostępna dla polskich czytelników i ułatwia znacznie zrozumienie treści nawet tym, którzy mniej pewnie władają i tak na ogół dla nas łatwiej zrozumiałym językiem czeskim.

Doc. Dr J. Nowaczyński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe dnia 8 lutego 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

Kol. Sabat składa jako uzupełnienie protokołu z dnia 18. I. 1918. następujące streszczenie swego przemówienia:

Ad. I. Kol. Sabat zauważa, że mięsak skóry niezawsze jednakowo oddziaływa na naświetlania rentgenowskie; niektóre mięsaki skóry są nadzwyczaj wrażliwe na promienie Roentgena, bywają zaś takie, które zachowują się wobec naświetlań zupełnie odpornie. Zazwyczaj guzki szybko rosnące, miękkie, bogate w komórki, oddziałują znacznie lepiej, niż powoli rosnące, ubogie w komórki, a zawierające wiele międzykomórkowej tkanki łącznej. Szybki zanik guzków mięsakowych nie daje jeszcze podstawy do dobrego rokowania. Częste są nawroty. Przed kilku laty pozostawał około 2 lata w leczeniu mowcy przypadek mnogiego mięsaka skóry grzbietu, znany też prof. Łukasiewiczowi. Po dawkach promieniowania 5 H znikały guzki kilkakrotnie, po kilku miesiącach jednak znów pojawiały się. Znane są przypadki, w których guzki mięsakowe skóry bardzo szybko oddziaływały na naświetlania rentgenowskie, jednak wkrótce po naświetlaniach występowały przerzuty w narządach wewnętrznych, wiodące do śmierci, a spowodowane prawdopodobnie szybkim rozpadem guzków skórnych w następstwie naświetlań i rozsianiem w ustroju cząstek nowotworowych, zachowujących jeszcze żywotność. Bardzo wrażliwe na promienie Roentgena są czerwonobrunatne mięsakowe guzki skóry, którą to postać opisał Kaposi jako »sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum multiplex« i za jaką należy uważać przypadek, przedstawiony przez Kol. Pańczyszyna. Mimo szybkiego znikania guzków na skórze rokowanie w tym przypadku wydaje się mowcy złe; uporczywe wymioty chorego zdają się już wskazywać na przerzuty w narządach wewnętrznych.

Ad II. Kol Sabat sądzi, że dawki promieniowania, stosowane przez kol. Pańczyszyna w omówionym przez niego przypadku twardzieli, są zbyt wielkie. Tak silne naświetlania nie są potrzebne, a mogą być szkodliwe i mimo użycia filtru glinowego należy się obawiać oprócz ostrych uszkodzeń skóry niekorzystnego wpływu promieniowania na czynności narządów wewnętrznych, a także nieraz po dłuższym czasie po naświetlaniach występujących uszkodzeń przewlekłych, na których podłożu może się rozwinąć »rak rentgenowski«. Jak dość obfite doświadczenia wielu au orów, między nimi też i mowcy wykazały, zarówno przy twardzieli nosa i gardła, jak też przy twardzieli krtani i tchawicy można uzyskać znakomite wyniki i zupełne wyleczenie dawkami pro loco $^3/_4$ I ED (ED dawka erytematyczna — I S = 5H = 10 x), stosowanemi co 4 tygodnie. Mowca rozporządza dość bogatem własnem doświadczeniem, gdyż obejmującem 34 przypadki twardzieli, które w ostatnich 9 latach leczył promieniami Roentgena w pracowni rentgenologicznej krajowego szpitala powszechnego we Lwowie i w swoim prywatnym zakładzie rentgenowskim. Leczenie wymagało cierpliwości ze strony chorych i lekarza, gdyż rozciągało się na miesiące, a nawet i lata, to też nie wszyscy chorzy wytrwali w leczeniu. Około 16 przypadków mowca musi uważać za wyleczone. Jako przykład klasycznego wyleczenia promieniami Roentgena może posłużyć przypadek, który mowca omawiał z pokazem fotografii na VIII. Zjeździe rentgenologów w Berlinie w r. 1912. Obrazy te reprodukował H. Schmidt w III. wydaniu swego: »Kompendium der Röntgen-Therapie« (Berlin 1913.). Była to 45-letnia chora, dotknięta daleko posuniętą twardzielą nosa, górnej wargi, podniebienia, jamy nosowo-gardłowej i krtani. Chora była w przeciągu 16 miesięcy naświetlana 13 razy; pojedyncze posiedzenia następowały po sobie w odstępach 1—2 miesięcy. Naświetlane były następujące okolice: 1) warga górna (guzowaty ziarniak), 2) nos zewnątrz, 3) nos wewnątrz, 4) szyja zewnątrz, 5) podniebienie i gardło; okolice 3, i 5. naświetlano przy użyciu wzierników ze szkła ołowianego. — Na poszczególnych posiedzeniach naświetlano dwie lub trzy wymienione okolice, każdą okolicę dawką $^2/_3$—I S. Te dawki wystarczyły do uzyskania zupełnego wyleczenia chorej. Mowca widział ją w 2 lata po ukończeniu naświetlań zupełnie zdrową. Także na podstawie badania mikroskopowego, dokonanego przez kol. Nowickiego, przypadek ten należy uważać za wyleczony. (Kol. Sabat pokazuje fotografie chorej przed i po wyleczeniu.)

Ad III. Kol. Sabat podnosi, że od czasu zapoczątkowania leczenia białaczki promieniami Roentgena w r. 1903. przez Senna w Chicago, pojawiło się kilkaset publikacyi o tym sposobie leczenia tej choroby. Stwierdzają one, że wprawdzie zupełnego wyleczenia białaczki dotychczas nie osiągnięto w żadnym przypadku, że jednak można naświetlaniami rentgenowskiemi w większości przypadków przebieg białaczki wstrzymać, objawy jej złagodzić i życie chorych o kilka lat przedłużyć. Promienie Roentgena są dotychczas bezwątpienia najlepszym środkiem leczenia białaczki przewlekłej, zarówno postaci myeloidalnej, jak i limfatycznej. To też nie można odmówić z pewnemi ograniczeniami słuszności powiedzeniu Belota, że zaniechanie naświetlań rentgenowskich przy białaczce należy stawiać na równi z błędem, popełnionym przez zaniechanie rtęciowego leczenia kiły. W przypadkach białaczki ostrej naświetlania rentgenowskie

przyspieszają niepożądany koniec, są zatem przeciwwskazane. Nie wszystkie też przypadki przewlekłej białaczki oddziałują korzystnie na naświetlania; znaczna ilość przypadków (około 30%) zachowuje się wobec naświetlań zupełnie odpornie, w niektórych zaś przypadkach wskutek naświetlań występuje pogorszenie. W takich przypadkach należy dalszych naświetlań natychmiast zaniechać i chyba po pewnym czasie znów ich próbować, gdyż sposób oddziaływania białaczki na naświetlania w jednym i tym samym przypadku może się zmieniać. Również pod względem przeciągu czasu, po jakim występuje korzystny skutek naświetlań, bywają znaczne indywidualne różnice; bywają przypadki, w których dobry skutek pojawia się dopiero w kilka miesięcy po naświetlaniu. — Co się tyczy wielkości i częstości dawek promieniowania, należy się starać możliwe do osiągnięcia optimum skutku uzyskać przez potrzebne do tego minimum promieniowania, którego, o ile możności, nie powinno się przekraczać. Nadmierne dawki promieniowania mogą być szkodliwe, gdyż, pominąwszy niebezpieczeństwo uszkodzenia skóry i narządów wewnętrznych, należy liczyć się z tem, że białaczka, oddziałująca na pierwszą seryę naświetlań dobrze, staje się przy dalszych nawrotach wobec naświetlań coraz odporniejszą, a nakoniec przestaje na naświetlania pomyślnie oddziaływać. Chodzi więc o to, by przy umiarkowanem stosowaniu wrażliwość chorego ustroju na naświetlania rentgenowskie, wobec których choroba z czasem obojętnieje, jak najdłużej zachować. Wiadomo też, że u chorych na białaczkę już po stosunkowo niewielkich dawkach promieniowania występują niemiłe objawy podmiotowe, jakoto ból głowy, nudności, nawet wymioty, rozwolnienie, uczucie osłabienia, bicie serca, jakoteż przyspieszenie i nieregularność tętna; są to objawy toksemiczne, wywołane rozpadem bardzo wrażliwej na promienie Roentgena tkanki białaczkowej, bujającej w śledzionie i w gruczołach chłonnych. Przy silnych naświetlaniach toksyczne działanie produktów rozpadowych, wytworzonych w krótkim przeciągu czasu w większej ilości, może być dla chorego groźne; należy więc baczyć na to, by produkty te nie nagromadzały się w ustroju w zbyt wielkiej ilości, lecz by przez umiarkowane, na dłuższy przeciąg czasu rozłożone dawki promieniowania rozpad tkanki białaczkowej odbywał się zwolna, w miarę wydalania przez ustrój toksycznych substancyi na zewnątrz. Mowca radzi w czasie naświetlań w białaczce, zwłaszcza, gdy występuje nieregularność i przyspieszenie tętna, stosować środki sercowe ew. też moczopędne. Mowca przestrzega przed tem, by szybkość zmniejszania się ilości ciałek białych w krwi służyła za miernik dobrego skutku naświetlań. Nieraz właśnie gwałtownemu zmniejszaniu się ilości ciałek białych towarzyszy zmniejszanie się hemoglobiny krwi i występowanie objawów groźnej niedokrwistości. Oprócz badania krwi, przeprowadzanego o ile możności w regularnych odstępach czasu, n. p. co 4 tygodnie, powinno się odbywać często wszechstronne dokładne badanie chorego, gdyż tylko tą drogą można uzyskać dyrektywę, czy, ile i jak często należy naświetlać, zwłaszcza, że wśród chorych na białaczkę spotyka się ogromne różnice indywidualne pod względem sposobu oddziaływania na naświetlania rentgenowskie.

Na porządku dziennym omówienie wraz z zaproszonem Gronem aptekarzy sprawy braku środków lekarskich.

Prezes wita gości.

I. Kol. Gluziński zagaił posiedzenie, omawiając przyczyny braku środków lekarskich i opatrunków (nizki stan przemysłu farmaceutycznego w Austryi, brak robotnika, surowców i węgla, zamknięcie dowozu z państw neutralnych, zakaz wywozu z Niemiec do Austryi środków, zawierających alkohol, białko lub tłuszcze).

W dyskusyi, w której imieniem aptekarzy przemawiali p. Sklepiński i Poratyński, z lekarzy natomiast kol. Lenartowicz, Schellenberg, Wiczkowski i Stachiewicz, zgodzono się jednomyślnie, że zaradzić złemu nie można, tylko oszczędzając i uciekając się do »środków zastępczych«, ale należy wystąpić z energicznem żądaniem do władz o przydzielenie aptekom galicyjskim najważniejszych środków lekarskich w odpowiedniej ilości zwłaszcza, że przy dobrej chęci wieleby ich jeszcze się znalazło.

Na wniosek kol. Hornowskiego wybrano komisyę, złożoną z lekarzy kol. Bednarskiego, Gluzińskiego, Lenartowicza, Schellenberga i Schramma oraz aptekarzy p. Sklepińskiego i Poratyńskiego, któraby opracowała odpowiedni memoryał i wniosła go na ręce kol. Halbana, w celu przedstawienia go w odpowiedniej drodze władzom centralnym. Na wniosek kol. Wiczkowskiego komisya ta ma także zająć się sprawą wyjednania u władz zaprowiantowanie konsumów, specyalnie dyetetycznych w potrzebne środki dyetetyczne.

Posiedzenie dnia 15 lutego 1918.

Na znak żałoby i protestu z powodu czwartego rozbioru Polski nie odbył się zapowiedziany wykład, ani demonstracye. Po przemówieniu kol. Hornowskiego i Lenartowicza uchwalono jednogłośnie następującą rezolucyę:

»Towarzystwo lekarskie lwowskie zgodnie z całym Narodem polskim podnosi protest przeciw jaskrawemu pogwałceniu wszelkich zasad moralności i prawa narodów przez państwa centralne oraz piętnuje chytry i nikczemny układ, zawarty w Brześciu przez przedstawicieli dyplomatycznych tychże państw«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Adama Wrzoska, powołanego do Warszawy na katedrę patologii, żegnali słuchacze 6. b. m. w sposób uroczysty, postanawiając zarazem utworzyć przy »Bratniej pomocy medyków« fundusz jego imienia.

Lwów. Na posiedzeniu w d. 6. VII. zajmował się Komitet sanitarnej odbudowy kraju sprawą zniesienia podatków od najtańszych mieszkań (ref. adw. Westreich) i sprawą inwalidów cywilnych (ref. prof. Halban).

— Z powodu przepełnienia klinik i pracowni wprowadza Wydział lekarski od najbliższego półrocza »numerus clausus«; przyjętych będzie na pierwsze półrocze tylko 125 słuchaczy.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza cały szereg konkursów na prace naukowe, jako to im. Koczorowskiego (nagroda 300 rb., termin 31. III. 1919), Chałubińskiego (nagroda 200 rb., termin 31. I. 1920), Helbicha (nagroda 150 rb., termin 1. III. 1919), Wszebora (z patologii lub higieny, nagrody po 240 rb., termin 31. I. 1922), Pląskowskiego (z psychiatryi, nagroda 180 rb., termin 1. IV. 1920), Dobrzyckiego (z balneologii i klimatologii, nagroda 700 rb., termin 1922), Knolla (z chirurgii, nagroda 475 rb., termin 15. IX. 1918), Konitza (z ginekologii, nagroda 370 rb., termin 31. III. 1920), Halperna (z przemiany materyi, nagroda 700 rb., do 15. IV. 1920). Prace konkursowe należy przesyłać do rąk sekretarza stałego Towarzystwa lek. (Warszawa, Niecała 7).

— Rada Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego postanowiła rozszerzyć działalność Towarzystwa na całe Królestwo i zwołać w jesieni r. b. Polski Zjazd przeciwgruźliczy do Warszawy.

Zmarli. Dr Jan Rostkowski, lekarz szpitala praskiego w Warszawie, zginął tragicznie, zamordowany przez żołnierza niemieckiego, w 32 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 2360/18.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Magistrat miasta Gródka Jagiellońskiego rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Gródku Jagiellońskim z roczną płacą 1600 koron i trzema pięcioleciami po 200 koron oraz dodatkiem drożyźnianym na czas wojny w wysokości 75% od płacy z terminem do 8. sierpnia 1918 r. włącznie.

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzin, wykazującą nieprzekroczony 40 rok życia,

2) prawo obywatelstwa austryackiego,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do praktyki lekarskiej w kraju,

4) świadectwo z odbytej dwuletniej praktyki przy szpitalu publicznym.

Wymaganą jest dokładna znajomość obu języków krajowych oraz niemieckiego w słowie i piśmie.

Porada lekarska dla miejskich urzędników i sług oraz ubogich bezpłatnie.

Posada nadaną będzie na jeden rok prowizorycznie, a po upływie tego czasu w razie zadawalniającej służby może nastąpić ustalenie na tejże.

Gródek Jagielloński 4. lipca 1918. 248

Smajda, zast. burm.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 29. Kraków, 20. lipca 1918. Rok LVII.

edakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 20. lipca 1918. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



LEON KONRAD GLIŃSKI

(1870—1918)

W pogodne, słoneczne popołudnie lipcowe, w prostej dębowej trumnie ponieśli uczniowie na swych barkach śmiertelne szczątki ukochanego profesora, aby je złożyć na wieczny spoczynek na cmentarzu krakowskim. Zgodnie z życzeniem Zmarłego mów żadnych nad grobem nie było. Nikt głośno nie żegnał tego, który całe życie poświęcił pracy i umiłowaniu ideałów, który w trudzie i znoju pracował na niwie naukowej i nauczycielskiej, myśląc zawsze przedewszystkiem o nauce i uczniach, a potem dopiero o sobie. Jak skromnem było całe życie Prof. Glińskiego, tak skromnem było zakończenie pielgrzymki doczesnej. A chociaż słowy wymownemi nie sławił nikt cnót i zasług przedwcześnie zmarłego profesora, to jednak wśród licznie zgromadzonych Jego uczniów, uczenic, kolegów, przyjaciół i znajomych smutek rzewny zapanował, gdy trumnę do ziemi spuszczano. Żegnaliśmy go nie słowami, które nigdy nie są w stanie wyrazić głębi uczucia, lecz niemym smutkiem i serdeczną boleścią. Żal był szczery, jak szczerą była życzliwość ludzka, która opromieniała pochmurne Jego życie. Zaprawdę nie po różach stąpał ten o gorącem sercu prawy Polak, ten oddany całą duszą nauce uczony, ten niestrudzony i rozmiłowany w nauczaniu profesor.

Urodził się 15. lutego 1870 w Gorzkowicach, w ziemi piotrkowskiej. Po ukończeniu trzeciego gimnazyum w Warszawie wstępuje jako dwudziestoletni młodzieniec na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Po paru latach przenosi się do Wszechnicy Jagiellońskiej, aby odtąd związać z nią swoje życie, aż do końca. Jako student medycyny okazuje już szczególne zamiłowanie do anatomii patologicznej, której po ukończeniu studyów poświęcił się całkowicie. W roku 1897 zostaje w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej zastępcą asystenta, w rok potem otrzymuje dyplom doktorski w najstarszej naszej wszechnicy, a po dalszym roku zostaje zamianowany asystentem w wymienionym zakładzie. Odtąd życie płynie Mu wśród ustawicznej pracy naukowej i nauczycielskiej. Obowiązki swoje pojmował bardzo szlachetnie i poważnie. Słusznie mógł służyć za wzór asystenta. Młodzież lgnęła wprost do Niego, ceniąc w Nim rzetelną wiedzę, dar nauczycielski i szczerą dla niej życzliwość. Niemniej zyskiwał sobie młody asystent uznanie wśród uczonych pracami, znamionującemi sumienność badań, sąd dojrzały i przezorność we wnioskowaniu. Te zalety posiadają wszystkie Jego prace naukowe, od pierwszej aż do ostatniej. Niema wśród nich ani jednej przedwcześnie drukiem ogłoszonej lub pospiesznie opracowanej.

Po kilku latach wytrwałej pracy asystenckiej zostaje w końcu roku 1904 zamianowany przez Wydział lekarski docentem anatomii patologicznej, a wkrótce potem zatwierdzony w tej godności przez Ministerstwo wyznań religijnych i oświecenia publicznego w Wiedniu. Przed rozpoczęciem działalności nauczycielskiej jako docent, udaje się w roku 1905 do Paryża i tam przez pół roku uzupełnia swoją wiedzę, przykładając się szczególnie do bakteryologii. Wróciwszy do Krakowa, przystępuje z wielkim zapałem do wykładów dyagnostyki anatomiczno-patologicznej, tudzież do prowadzenia kursów praktycznych histologii patologicznej. Działalności nauczycielskiej poświęca bardzo dużo sił i czasu, z uszczerbkiem może nawet dla własnych badań naukowych, których jednak nigdy nie przerywa, mimo nawału pracy, połączonego z pełnieniem dalej uciążliwych obowiązków asystenckich. Oceniając w pełni Jego zasługi, uchwalił Wydział lekarski jednomyślnie na początku roku 1909 robić starania o zamianowanie Go profesorem. W kilka miesięcy potem nadeszła zasłużona nominacya z Wiednia na profesora rzeczywistego nadzwyczajnego, lecz... bezpłatnego. Prof. Gliński, nie mając żadnego osobistego majątku, musiał dalej pracować w uciążliwych warunkach, gdyż głównym dochodem Jego była nadal skromna płaca asystencka. Skrzydeł jednak nie opuścił, lecz z dawnym zapałem pracował, przelewając swoją wiedzę w bardzo licznych uczniów, oraz z poświęceniem oddając się badaniom naukowym. O zaszczyty się nigdy nie ubiegał, natomiast nie stronił od żadnej pożytecznej pracy, choćby nader skromnej, czego dowodem redagowanie przezeń bardzo sumienne Kalendarza lekarskiego krakowskiego przez cztery lata (1909—1912). Nie odmówił nawet tej niewdzięcznej i kłopotliwej pracy, gdy Go do niej wezwano. Brał również czynny udział w życiu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, będąc przez kilka lat bardzo pożytecznym bibliotekarzem i przez rok zastępcą przewodniczącego. Rzec można bez przesady, że Towarzystwo lekarskie krakowskie było poniekąd drugą katedrą, z której dzielił się swoją wiedzą już nie z uczniami, lecz z kolegami.

Po długich latach owocnej pracy uniwersyteckiej doczekał się nareszcie w r. 1913 płacy profesora nadzwyczajnego, pod warunkiem atoli, iż nadal pozostanie asystentem. Nie zwolniono Go z tego urzędu nawet w r. 1917, kiedy Mu przyznano tytuł profesora zwyczajnego. Pozostał asystentem do końca życia, pobierając za pełnienie wszystkich swoich obowiązków uniwersyteckich skromną płacę profesora nadzwyczajnego, która żadną miarą nie mogła wystarczyć na życie z rodziną, tudzież na kupowanie niezbędnych książek i czasopism naukowych. W takich to warunkach musiał pracować Prof. Gliński, — w warunkach, które są udziałem niejednego uczonego polskiego.

Nadszedł pamiętny rok 1914. Nie potrzeba przypominać — bo to zbyt świeże dzieje — jak wstrząsnął on do głębi duszami Polaków. Legiony, zalew rosyjski w Galicyi i przemarsz obcych armii w Kongresówce; nadzieje niebosiężne i brutalna rzeczywistość; zniszczenie ziem polskich i setki tysięcy Polaków, walczących przeciw sobie w różnych armiach; wojsko rosyjskie pod Krakowem i zawieszenie przez jedno półrocze wykładów we Wszechnicy Jagiellońskiej na wydziałach świeckich; obawa o los

Polski i niepewność najbliższej przyszłości; brak zgody wśród Polaków i wzajemne złorzeczenia; wszystko to miotało uczuciami wrażliwych natur, a do takich należał Prof. Gliński. Czasy wojenne głęboki nań wpływ wywarły. Przedwczesna siwizna coraz bardziej zaczęła przyprószać jego głowę, podobnie jak i jego rówieśników.

W drugim roku wojny został powołany do pełnienia służby wojskowej, jako kierownik prosektury wojennej w olbrzymim szpitalu załogi krakowskiej. Nie potrafił niczego zbywać połowicznie; każdą pracę musiał wykonywać sumiennie. Taką już miał naturę. A pracę w wojsku miał wielką. Nieraz od ósmej rano zaczynał robić sekcye, a kończył je, nie odchodząc niemal od stołu prosektoryjnego, o godzinie pierwszej, drugiej, a nawet czwartej popołudniu. Bywały dni, w których po dziesięć sekcyi trzeba było robić. Każdą robił dokładnie, z myślą, aby zbierany materyał zużytkować do pracy naukowej. Z prosektoryum wojskowego często udawał się wprost na wykład. Był w swoim żywiole, gdy młodzież nauczał. Nie szczędził dla niej ani zdrowia, ani czasu. Wykład, połączony z rozbiorem zwłok, prawie zawsze o godzinę przedłużał, byle jak najwięcej wiedzy wpoić w swoich uczniów. Lecz nietylko lubił nauczać, lecz i umiał uczyć znakomicie. Nie będzie bynajmniej przesadą, gdy powiem, że bezsprzecznie należał do najlepszych profesorów na Wydziale lekarskim w Krakowie. Odznaczając się wyjątkową pracowitością i niezwykłą wytrwałością, nawet w czasach wojennych znajdował czas na badania naukowe, o czem świadczą ogłoszone drukiem i pozostałe w rękopisach prace Jego.

Prosektura wojenna i jednoczesne nauczanie w uniwersytecie oraz praca naukowa był to trud, który zaczął przewyższać nadwątlone Jego siły. Dnia 28 czerwca miał jak zwykle wykład w uniwersytecie, a nazajutrz w szpitalu wojskowym nagle zasłabł w czasie wykonywania sekcyi. W osiem dni potem śmierć przerwała pasmo tego zacnego i pracowitego żywota. A stało się to wówczas, gdy po znojnych latach pracy otwierało Mu się wdzięczne pole działalności. Za rok miał otrzymać samodzielną katedrę w Uniwersytecie Krakowskim. Przedtem jednak jeszcze pragnął Go pozyskać dla siebie Uniwersytet Warszawski. Wierny swoim zasadom, aby nie uchylać się od żadnej pracy, którą mógłby spełniać z pożytkiem dla społeczeństwa, zawahał się na razie, co ma uczynić: czy zostać w Krakowie, czy zgodzić się na objęcie katedry w Warszawie? Wtedy, nie chcąc, aby jakiekolwiek względy osobiste przeważyły szalę postanowienia, zwrócił się do swoich blizkich przyjaciół, prosząc ich, aby orzekli, gdzie może pożyteczniej pracować: w Krakowie, czy w Warszawie? W ich ręce złożył swoją przyszłość. W tym czynie maluje się wyraźnie piękna dusza Prof. Glińskiego, który względami osobistymi nigdy się w życiu nie kierował.

Gdy rozeszła się wieść o chorobie Jego, wnet do łoża Jego pospieszyli uczniowie, uczenice, koledzy i przyjaciele. Jak Go kochano, można było dopiero w chorobie Jego ocenić. Najbliżsi Jego współpracownicy w prosektoryum wojskowem, a zarazem Jego uczniowie, dniami i nocami nie odstępowali od łóżka swego zwierzchnika i profesora, darząc go iście synowską miłością. Umierał spokojnie, jak prawdziwy mędrzec, z pełną świadomością końca swojej ziemskiej pielgrzymki. Mówił wiele o nauce, którą szczerze kochał. Z nami wszystkimi, cośmy go do ostatniej chwili otaczali, czule się pożegnał, dając nam różne zlecenia, nie pomijając nawet wskazówek, które książki z Jego księgozbioru mają być oddane w darze zakładowi anatomii patologicznej, które Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu, które Bibliotece medyków i które uczniom, którzy Go w chorobie pielęgnowali. Największą troską Jego w chwili śmierci było, że zostawia ukochaną żonę, wierną towarzyszkę życia, bez należytego zaopatrzenia na przyszłość, bo bardzo szczupła emerytura profesorska na jakie takie utrzymanie wystarczyć nie może. Taki to już los profesorów u nas: za życia biedują, a po śmierci nie mogą zapewnić rodzinie należytego utrzymania!

Pod wrażeniem śmierci nieodżałowanego profesora młodzież Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim ogłosiła odezwę, z której kilka ustępów przytoczę na dowód, jak Go kochała: »Niespodziewanie spadła na nas wieść, — czytamy w odezwie — iż Prof. Gliński nie żyje. Nie chcieliśmy wierzyć, że możemy stracić tego człowieka. Okropny ból ścisnął nam serce... Bo jakżeż nie kochać człowieka, który był świetnym profesorem, który z zaparciem się siebie pracował nietylko z całego serca dla tej młodzieży, chcąc przelać w nią całą swą wiedzę, ale pracował niemniej dla nauki polskiej, przynosząc jej chlubę i zaszczyt... Ceniliśmy w ś. p. Prof. Glińskim dobroć, miłość dla młodzieży, umiejętne z nią postępowanie. Można śmiało rzec, iż był szczerze przez młodzież kochany i sam kochał ją całem sercem. Nietylko pracował jako profesor dla dobra tej młodzieży, ale również, znając jej ciężkie materyalne warunki, starał się jej ulżyć. Lubo sam niezamożny, ofiarował w r. 1911 »Bratniej Pomocy Medyków« hojny dar tysiąca koron, które należały Mu się jako wynagrodzenie za wykłady. Z daru tego wdzięczna młodzież utworzyła fundusz Jego imienia w celu udzielania pożyczek niezamożnym kolegom na opłacenie egzaminów. Śmierć ś. p. Prof. Glińskiego przepełnia bólem nasze serca, bo zaiste wielką stratę ponosimy. Będzie nam przykładem w naszem postępowaniu. Pamięć o Nim długo nie wygaśnie w naszych sercach... Cześć Jego pamięci!«

Słowa powyższe wdzięcznej młodzieży, to wieniec złożony na grobie serdecznie kochanego profesora, wieniec z kwiatów niewiędnących, bo uwity z miłości, przywiązania i wdzięczności. Rzadko którego profesora tak rzewnie żegna młodzież. Zaprawdę życiem całem i charakterem swoim zasłużył sobie Prof. Gliński, aby pamięć Jego nie wygasła ani w sercach uczniów, ani kolegów, ani w kronice dostojnej, prastarej Wszechnicy Krakowskiej.

Przeszedł przez życie cicho, dobrze czyniąc. Na swoim sztandarze wypisał hasło: prawda, praca i wytrwałość. Hasłu temu nie sprzeniewierzył się nigdy. Odszedł, pozostawiając po sobie pamięć dobrego człowieka, sumiennego uczonego, nieocenionego profesora i prawego syna swej ojczyzny. Cześć Jego drogiej pamięci!

Adam Wrzosek.

Spis prac naukowych Prof. Leona Konrada Glińskiego.

1) Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle. Przegl. lek. 1901. Toż samo po niemiecku Virchow's Archiv 1901. Bd. 164. — 2) Przyczynek do sprawy t. zw. mięsaków limfatycznych kiszki (jelita grubego). Przegl. lek. 1902. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1902. Bd. 167. — 3) O polipowatych nowotworach mieszanych przełyku. Przegl. lek. 1902. Tożsamo Virchow's Archiv 1902. Bd. 167. — 4) Przyczynek do poznania zmian anatomopatologicznych w ostrej białaczce (lymphaemia acuta). Przegl. lek. 1902. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1903. Bd. 171. — 5) (wspólnie z S. Horoszkiewiczem). O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu. Przegl. lek. 1902. Tożsamo po niemiecku Vierteljahrschr. f. gerichtl. Mediz. u. öffentl. Sanitätswesen. 3 Folge. XXV. 2. — 6) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Wrodzona niedrożność jelit cienkich. Przegl. lek. 1903. Tożsamo po niemiecku Virchow's Archiv 1909. Bd. 196. — 7) Gruczoły trawienne w górnej części przełyku u człowieka oraz ich znaczenie. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie. Serya B. T. XLIII. 1904. Tożsamo po niemiecku Bull. de l'Académie des sciences de Cracovie. 1903. — 8) Nabłoniak złośliwy kosmówki (chorionepithelioma malignum) w świetle nowszych badań. (Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w dniu 12. grudnia 1904). Przegl. lek. 1905. — 9) Korespondencya naukowa z Paryża. Nowiny lekarskie. XVII. 1905. — 10) Wrodzony brak śledziony. Przegl. lek. 1906. — 11) O nerwiaku zwojowym (ganglioneuroma) wraz z opisem własnego przypadku. Przegl. lek. 1906. — 12) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Przyczynki do anatomii i patologii wyrostka robaczkowego. Dziennik X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1907. — 13) (wspólnie z S. Ciechanowskim). O wrodzonych przetokach przełykowo-przełykowych. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Um. w Krakowie Ser. B. 1909. Tożsamo po niemiecku Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie. 1909. — 14) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Fistulae oesophageo-oesophageales congenitae. Virchow's Archiv 1910. Bd. 199. — 15) Skręt osiowy macicy ciężarnej. Przegl. lek. 1909. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1910. Bd. 31. — 16) Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. Nowiny lekarskie 1911. — 17) O przysadce mózgowej. Księga pamiątkowa X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911. — 18) (wspólnie z S. Ciechanowskim). Przyczynek statystyczny do topografii wyrostka robaczkowego i kątnicy. Pamiętnik Zjazdu

chirurgów polskich w Warszawie 1911. — 19) W sprawie pochodzenia nowotworów mieszanych (t. zw. mięsaków groniastych) pochwy wraz z opisem własnego przypadku. Rocznik lek. II. 1912. — 20) Z kazuistyki zmian anatomo-patologicznych w przysadce mózgowej. Przegl. lek. 1913. — 21) Przysadka mózgowa wogóle, a ciąża w szczególności. Nowiny lek. XXV. 1913. (Wykład w Tow. lek. krak. 27. listopada 1912). Tożsamo po niemiecku Klin. therap. Wochenschr. Jahrg. XX. 1913. — 22) Przyczynek do sprawy guzów skrobiowatych w krtani. Przegląd lek. 1914. — 23) Beiderseitige Lungenhypoplasie. Wiener medizin. Wochenschr. 1915. — 24) Zmiany w ustroju ludzkim w przebiegu chorób zakaźnych i ich znaczenie. Wydawnictwo Kursów powszechnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1915.

Nadto w rękopisie pozostały prace:

25) W sprawie marskości żółciowej wątroby. (Badania doświadczalne na zwierzętach). Rzecz obszerna, do druku przygotowana. — 26) W sprawie potrzeby i znaczenia anatomii patologicznej dla wojska wraz z uwagami o prosekturach wojennych. — 27) Sprawozdanie z działalności prosektury wojennej w Krakowie od r. 1914 do końca lutego 1918.

Sprawozdanie

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich

za rok 1917.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza sprawozdanie za rok 1917, którem zamyka 50. rok istnienia Towarzystwa.

Myśleliśmy o uroczystym obchodzie półwiekowego jubileuszu, któryby wykazał znaczenie dążeń i usiłowań naszych. Zrzekliśmy się jednakże przeprowadzenia tej myśli. Wielka część naszych kolegów służy przy wojsku, inni są zajęci na tymczasowych posterunkach, które zająć musieli w czasie inwazyi; wielu kolegów przygniata troska o byt i los swoich, a wszystkich w niesłychanem naprężeniu utrzymuje los ziemi naszej i przyszłość Ojczyzny! Jeżelibyśmy chcieli zaznaczyć, jakim kapitałem pracy i z jakim skutkiem przyczyniły się Towarzystwa lekarskie, zjednoczone w naszej organizacyi, do podniesienia dobra kraju, do pogłębienia i rozszerzenia jego kultury, to należy to uczynić później po wojnie.

Zanim podamy szczegóły sprawozdania, zaznaczyć musimy, że zwołanie Walnego Zgromadzenia, na które mają przybyć do Lwowa koledzy przeważnie zamiejscowi, z powodu wojny i trudności komunikacyjnych dotąd było niemożebne. W porozumieniu z Krakowem i kolegami oddziałów prowincyonalnych, odłożyliśmy Walne Zgromadzenie na czas, w którym przyjazd kolegów do Lwowa będzie się mógł odbyć bez szczególnych trudności.

Daty z czynności Towarzystwa podajemy, jak każdego roku, tylko w krótkiem streszczeniu. Dla kontroli publicznej ogłaszamy ściśle rzeczowo ułożone wykazy, które wykazują, jak się gospodaruje i przedstawiają stan majątkowy Towarzystwa z dniem 31. grudnia 1917.

1. O ruchu naukowym naszych głównych oddziałów w Krakowie i Lwowie składają sprawozdania Towarzystwa lekarskie krakowskie i lwowskie w »Przeglądzie lekarskim«. Organizacya oddziałów prowincyonalnych, najdotkliwiej okupacyą i wojną naruszona, wymaga radykalnej naprawy, co może dopiero po wojnie nastąpić. Tu jednakże z uznaniem podnieść musimy, że dwa oddziały, jarosławski i zakopiański, już teraz się świeżo zorganizowały i że koledzy zamieszkali na prowincyi wnoszą najregularniej opłaty roczne, i to nawet wielu z tych, którzy służą przy wojsku. Zaległości już nie istnieją. W roku 1917 wnieśli 3.396 K 50 h tytułem opłat, czem, mimo zahamowanego życia oddziałów, przyczyniają się wydatnie do popierania celów Towarzystwa i podtrzymania piśmiennictwa lekarskiego w najtrudniejszych jego chwilach. Organ nasz, »Przegląd lekarski«, wierny swej tradycyi, tak, jak w przeszłości, tak i teraz, z zadania, które spełnić ma, chlubnie się wywiązuje. »Przegląd lekarski« jest na razie jedynym organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich, zanim »Tygodnik lekarski lwowski« znowu wychodzić zacznie. Organ nasz odbierają wszyscy członkowie Towarzystwa naszego, których miejsce pobytu jest nam znane. Ponieważ członkowie Towarzystwa odbierają teraz tylko jeden organ, t. j. »Przegląd lekarski«, tedy Rada zawiadowcza obniżyła opłaty roczne dla kolegów oddziałów prowincyonalnych z 25 K na 18 K także i na rok 1918, w którym to roku »Tygodnik lekarski lwowski« jeszcze wychodzić nie będzie.

2. Dary: W roku 1917 ofiarowali na wdowy i sieroty: Pani Profesorowa Gilewska z Wiednia 1.000 K, a oprócz tego na rok 1918 500 K — razem 1.500 K; Prof. Dr Adam Sołowij 1.000 K, które ofiarował, chcąc dać wyraz wdzięczności za leczenie żony, Dr Rudolf Sztenzel; Prof. Machek 300 K gotówką i 100 K nom. razem 400 K; Prof. Maksymilian Rutkowski nieprzyjęte honoraryum (przysłał Dr Fechter) 100 K. — Razem 2.900 K gotówką i 100 K nominaln.

3. Co do zapisów zaznaczyć należy: 1) Zapis Dr Leopolda Gawałkiewicza zrealizowano. Obecnie fundacya wynosi 10.600 K nom. Część podatków od spadku jeszcze mamy zapłacić. 2) Zapis Dr Alfreda Kalisza już sąd nam przyznał. Zatwierdzenie aktu fundacyjnego jest w toku. 3) Sprawa spadkowa po ś. p. Dr A. Lukasie jeszcze nie jest ukończona. Bank krajowy, w którym Dr St. Zbyszewski, kurator testamentu, złożył walory fundacyjne, przeniósł na nasz rachunek dawniejsze zaległe i zapadłe w roku 1917 odsetki. Odkąd odsetki pobieramy, wciągnęliśmy, jak wiadomo, zapis Dr Lukasa w stan czynny naszych fundacyi wieczystych. (Wykaz 4. V.).

4. W roku 1917 wsparcia stałe (pensye) wynosiły 14.210 K, a jednorazowe zapomogi 6.010 K, razem tedy 20.220 K. Wydaliśmy tedy o 4.000 K więcej na wsparcia dla wdów i sierot, niż w roku poprzednim. W latach wojny 1914—1917 pobrały nasze wdowy 64.465 K, a jeżeli do tego dodamy 8.400 K, pobranych dotąd w roku 1918, to się pokazuje, że Towarzystwo w czasie tej wielkiej potrzeby wspomogło je kwotą 72.865 K, nie uciekając się do nadzwyczajnych zbiórek i nie żądając od członków nic, prócz skromnej rocznej opłaty.

Na pensye i zapomogi jednorazowe zarząd Towarzystwa na rok 1918 preliminuje 23.000 K.

Poniżej ogłaszamy wykaz imienny wdów i sierót, które pobierały w ubiegłym roku wsparcia stałe lub jednorazowe zapomogi. Niektóre z wdów, potrzebujące bardzo pomocy, obok pensyi otrzymały osobną zapomogę, tak, że otrzymały znacznie więcej, niż 400 K, która to kwota stanowi dotąd normę pensyi wdowiej w naszem Towarzystwie. Tu wspomnieć należy, że zwłoka, z jaką niektóre wdowy odbierały swoje wsparcia, nie jest winą zarządu. Wysyłamy pieniądze za pośrednictwem pocztowej kasy oszczędności, w której to instytucyi, jak wiadomo, z powodu biernego oporu przez czas jakiś zwlekano z załatwianiem spraw bieżących. Zdarzało się także, że w czasie wojny, a szczególnie podczas ofenzywy nieprzyjacielskiej, czynność poczty wiele pozostawiała do życzenia.

W roku 1917 pobrały:

1. Pensye po 400 K: Panie 1) Berthleff Marya, 2) Bujalska Aniela, 3) Cholewiczowa Otylia, 4) Czesnakowa Olga, 5) Dulębina Stanisława, 6) Filimowska Ludwika, 7) Jasilkowska Marya, 8) Jurkiewiczowa Zofia, 9) Karpińska Józefa, 10) Końcewicz Franciszka, 11) Lastowa Rudolfina, 12) Leniartek Ida, 13) Marynowska

Wiktorya, 14) Michalikowa Wanda, 15) Nidecka Helena, 16) Piżłowa Wanda, 17) Przetocka Celina, 18) Riegerowa Zygmuntowa, 18) Sieradzka Marya, 20) Sokołowska Marya, 21) Szaferowa Ema, 22) Szczepańska Adela, 23) Szydłowska Marya, 24) Terlecka Izydora, 25) Widmanowa Michalina, 26) Wolframowa Marya, 27) Wachnianinowa Stefania, 28) Zborowska Antonina.

Po 300 K Panie: 29) Reissowa Stanisława, 30) Wierzbowska Honorata; po 240 K: p. 31) Gofrykowa Józefa, 32) Kramarzyńska Aniela, 33) Koernerowa Eugenia, 34) Krzykowska Anna, 35) Krzyżanowska Jadwiga, 36) Lewandowska Stefania, 37) Mayzlowa Henryka, 38) Oleksina Honorata, 39) Rotterowa Klara, 40) Sochacka Helena, 41) Wehrowa Tekla, 42) Zrogowska Joanna; po 160 K: 43) Merunowiczówna Józefa.

2. Jednorazowe zapomogi w r. 1917 pobrały: 1) Bartmańska Kornelia 100 K, 2) Berthleff Marya 100 K, 3) Berwidowa Marya 100 K, 4) Buchowa Gizela 60 K, 5) Doboszyńska Laura 50 K, 6) Dobrowolska Stefania 80 K, 7) Dubanowiczowa Felicya 80 K, 8) Galantowa Marya 100 K, 9) Gilnreinerowa Marya 100 K, 10) Gofrykowa Józefa 220 K, 11) Gorczyńska Ludmila 50 K, 12) Gostyńska Marya 240 K, 13) Gumowska Józefa 50 K, 14) Hoffmanowa Karolina 130 K, 15) Hoffmanowa Józefa 100 K, 16) Jaciówna Anna 100 K, 17) Jasilkowska Kazimiera 100 K, 18) Jasilkowska Marya 50 K, 19) Jurkiewiczowa Zofia 200 K, 20) Kawalerska 150 K, 21) Karpińska Józefa 100 K, 22) Krzykowska Anna 50 K, 23) Kirkorowa Rita 200 K, 24) Koncewiczowa Franciszka 50 K, 25) Koernerowa Alojza 50 K, 26) Kramarzyńska Aniela 100 K, 27) Kruszyńska Marya 100 K, 28) Konarzewska Paulina 50 K, 29) Kulczycka Stefania 100 K, 30) Lechówna Aleksandra 110 K, 31) Leniartek Ida 100 K, 32) Marynowska Wiktorya 200 K, 33) Męcińska Seweryna 100 K, 34) Mroczkowska Marya 50 K, 35) Nowosadowa Ludwika 100 K, 36) Obuszkiewiczowa Karolina 180 K, 37) Oleksina Honorata 60 K, 38) Piżlowa Wanda 50 K, 39) Reissowa Stanisława 50 K, 40) Romaszkanowa Zofia 200 K, 41) Semlerówna Aniela 110 K, 42) Semlerówna Marya 110 K, 43) Sakowska Malwina 50 K, 44) Szaferowa Ema 100 K, 45) Sochacka Helena 110 K, 46) Solaryk Paulina 40 K, 47) Sokal Róża 100 K, 48) Steidlerowa Józefa 160 K, 49) Stankiewiczowa Marya 50 K, 50) Świerzowa Józefa 110 K, 51) Szydłowska Marya 100 K, 52) Topolnicka Józefa 200 K, 53) Trost Zofia 100 K, 54) Tyllowa Sydonia 100 K, 55) Wehrowa Tekla 120 K, 56) Widmanowa Michalina 100 K, 57) Wierzbowska Honorata 50 K, 58) Zborowska Marya 150 K, 59) Zengtellerowa Marya 100 K, 60) Zrogowska Józefa 60 K.

Wdów i sierot po naszych kolegach, członkach Towarzystwa przybywa coraz więcej, a liczba zgłaszających się o pensye i jednorazowe zapomogi wzrasta z każdym dniem. Wojna i drożyzna sprawiły, że dziś także wdowy, które miały dotąd dostateczne zaopatrzenie, zmuszone są starać się choćby o jednorazową zapomogę. Zarząd Towarzystwa, uwzględniając wyjątkowo ciężkie czasy, wspomaga nasze wdowy i sieroty z każdym rokiem szczodrzej, a w wielu wypadkach wspiera podczas wojny także wdowy, których mężowie nie należeli do Towarzystwa, lecz tylko z tych funduszów, które według woli ofiarodawców są przeznaczone na wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach, bez względu na to, czy mężowie lub ojcowie byli członkami Towarzystwa, czy też nie.

5. Stan fundacyi wieczystych wraz z wartością Morszyna. (Wykaz 4). Fundacye wynoszą 989.245·56 K, a mianowicie w walorach 778.382·33 K, w książeczkach 30.911·82 K, wierzytelność na Morszynie 23.408·09 K, i w ziemi 156.543·32 K. Kapitał jest nienaruszalny. My korzystamy teraz tylko z odsetek jednej części. W roku 1918 pobierać będziemy odsetki z kwoty 596.000 w walorach. Odsetki z reszty pobierają albo dożywotnicy, albo według woli ofiarodawców przyłącza się je do kapitałów, które skutkiem tego wzrastają.

6. Zestawienie stanu majątkowego (Wykaz 2) nie jest bilansem w ścisłem słowa znaczeniu, gdyż nie uwzględnia pewnych zaległych, jeszcze nie ściągniętych należytości naszych, które może nie wpłyną, a również pewnych kwot, które będziemy musieli jeszcze uiścić. Tu należą pewne podatki, których dotąd jeszcze nie wymierzono. Pomimo tego daje wykaz ze względu, że obejmuje wszystko, co wpłynęło i co pozostało, rzeczywisty obraz naszego stanu finansowego. Stan majątkowy wynosi z dniem 31. XII. 1917 1,001.728·80 K. Wzrost stanu czynnego wynosi w roku 1917 23.109·14 K. Znaczny w ostatnich latach wzrost majątku, pomimo klęsk wojny, jest wynikiem oszczędności i energicznego starania, aby żadnego z dochodów, nawet najskromniejszych, nie uroniono.

7. Rachunek Morszyński (Wykaz 3.) zamknięto dochodem 2.280·67 K, który przyłączono do funduszu inwestycyjnego, wynoszącego z końcem roku 1917 11.525·08 K. Będzie rzeczą Towarzystwa przygotowane kwoty użyć w swoim czasie na przeprowadzenie niezbędnych inwestycyi. Że tego nie można było zrobić dotąd, a szczególnie w roku, w którym pod Morszynem odbyła się kałuska ofenzywa, dowodzić nie potrzeba. Wobec istniejących stosunków gospodarczych i komunikacyjnych, uchwaliła Rada zawiadowcza, aby: »na razie wykonać tylko najkonieczniejsze naprawki, zapobiegające ruinie budynków, systematyczne zaś inwestycye przeprowadzić po wojnie«.

O szkodach, które ponieśliśmy przez inwazyę rosyjską w budynkach, na folwarku, w lesie i w inwentarzu zakładowym, złożyliśmy w swoim czasie sprawozdanie. Bez sprawienia nowego inwentarza, w miejsce zrabowanego, zakładu zdrojowego prowadzić nie można.

8. W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy, wybrani na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, a mianowicie: prezes Machek E., zastępca prezesa Rencki R., sekretarz Zabłocki S.

Członkowie Rady koledzy: Browicz T. (Kraków), Ciechanowski S. (Kraków), Fechter T. (Jarosław), Gluziński A., Lachowicz Z., Müller E., Schellenberg L. i Sołtysik M. (Stryj).

Oprócz wyżej wymienionych zasiadają w Radzie zawiadowczej także kooptowani członkowie, a mianowicie: kol. Drak J., który pełnił przez część roku obowiązki sekretarza, i kol. Trzcieniecki, który pełni obowiązki skarbnika.

We Lwowie, dnia 1. marca 1918.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Członkowie Rady:
Browicz T.
Ciechanowski St.
Drak J.
Gluziński A.
Lachowicz J.
Müller E.
Schellenberg L.
Trzcieniecki K.

Prezes:
Machek E.

Zastępca:
Rencki R.

Sekretarz:
Zabłocki S.

Wykaz 1. Zestawienie rachunków za rok 1917.

	DOCHÓD		K	h
1	Pozostałość z roku 1916. Gotówka . .	3.710·43		
	w Banku krajowym	8.821·46	12.531	89
2	Saldo w Banku krajowym z r. 1916		3.858	54
3	Morszyn Zakład i posiadłość dochód . .	9.335·—		
	fundusz inwest. odsetki	922·07	10.257	07
4	Opłaty od członków Tow. lek. lwowskiego . . .		480	—
5	» » » » » krakowskiego . . .		408	—
6	» » » mieszkających na prowincyi . .		3.396	50
7	Wpisowe od » » » »		60	—
8	Dary na wdowy i sieroty		3.000	—
9	Odsetki z kapitałów	15.689·—		
	» z depozytu Lukasa	16.279·34	31.965	73
10	Zwrócono kasie już wypłacone kwoty		110	20
			66.067	93

	ROZCHÓD		K	h
1	Morszyn Zakład i posiadłość		7.003	33
2	Administracya:			
	Manipulantka	780·—		
	Lokal	300·—		
	Druki, stemple, poczta, służba . . .	519·92	1.599	92
3	Na cele publiczne		42	50
4	Przegląd lekarski		2.037	—
5	Stałe pobory wdów i sierot (pensye)		14.210	—
6	Jednorazowe zapomogi dla wdów i sierot		6.010	—
7	Zwrócono funduszom (lokacya kapitałów)			
	a) funduszowi inwestycyjnemu Morszyna odsetki		922	07
	Dochód 1916		1.694	50
	» 1917		2.280	67
	Zwrot kaucyi z odsetkami		1.227	50
	b) funduszowi Dr Jana Rosnera		990	—
	c) » Dr Władysława Ściborowskiego .		540	—
	d) funduszom wieczystym odsetki		422	—
	e) zakupno efektów dla funduszów wieczystych		1.341	20
	f) funduszowi Dr Lukasa		10.000	—
	g) zakupiono dla »funduszu własnego« Towarz. lek. gal. efekta 2.000 K		1.800	—
	h) funduszom wieczystym zwrócono dary . .		2.910	—
			55.030	69
	Pozostaje z dniem 31. XII. 1917		11.037	24
			66.007	93

Wykaz 2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich. z dniem 31. grudnia 1917.

	STAN CZYNNY		K	h
1	Pozostałość kasowa z 31. grudnia 1917		11.037	24
2	Fundusze wieczyste (zob. wykaz 4.)			
	I. niewzrastające		223.000	—
	II. wzrastające		191.340	25
	III. tworzące się		30.954	58
	IV. z których pobierają odsetki dożywotnicy . .		181.882	33
	V. zapis Dr Lukasa, z którego pobieramy odsetki		194.000	—
	VI. Fundacya Stillerów (Morszyn)			
	a) wartość ziemi		268.045	—
	b) fundusz inwestycyjny Morszyna		11.525	08
3	Kaucya pocztowej Kasy Oszczędności Nr 190424 .		200	—
4	Los turecki Nr 294.398 należący do fundacyi Niedźwieckiego		246	—
5	Wartość inwentarza		1.000	—
	Razem . . .		1,113.230	48
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1917	1,001.728·80		
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1916	978.619·66		
	Wzrost stanu czynnego w r. 1917	23.109·14		

	STAN BIERNY	K	h
1	Pożyczka hipoteczna l. a 799	65.790	87
2	» » l. a 1025	22.302	72
3	Morszyn winien funduszowi wsparć Tow. lek. galic.	23.408	09
		111.501	68
	Stan czynny z d. 31. grudnia 1917	1,001.728	80
	Razem . . .	1,113.230	48

Lokacya walorów i kapitałów stanowiących stan czynny (Wykaz 2.) w dniu 31. XII. 1917.

Pozostałość kasowa (Wykaz 2. poz. 1.) umieszczona na rachunku przekazowym Banku krajowego l. 684. Papiery wartościowe funduszów wieczystych I. II. III. (Wykaz 4.), mające zabezpieczenia pupilarne, złożone w depozycie Banku krajowego na kwit depozytowy Nr 2.978. Z gotówki funduszów II. i III. (Wykaz 4.) znajduje się: 10.000 należnych fundacyi Dr Lukasa, na rachunku przekazowym Banku krajowego l. 684; fundusz Dr Kalisza 9.244·75 z odsetkami, na książeczce gal. Kasy Oszczędności Nr 101.495, reszta gotówki, w kwocie 141.99 K na książeczce gal. Kasy Oszczędności Nr 53.085. Książeczka funduszu Dr Kalisza pozostaje w przechowaniu Namiestnictwa, wszystkie inne książeczki i dokumenta bankowe przechowuje na razie Prezes Towarzystwa.

Papiery wartościowe funduszu IV., a mianowicie: 1) Jasińskiego i 3) Lukasa znajdują się w depozycie sądowym, zaś 2) fundusz Dr Barzyckiego złożony jest w Banku krajowym, kwit depozytowy Nr 1217. Papiery funduszu V. złożył wykonawca testamentu Dr Zbyszewski w Banku krajowym.

Fundusz inwestycyjny Morszyna VI 2 (Wykaz 4) złożony na książeczce Banku krajowego Nr 40.480.

Wykaz 3. Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.

A. Rachunek Morszyna.

	DOCHÓD	K	h		ROZCHÓD	K	h
1	Dzierżawa folwarku:			1	Płaca leśniczego	679	94
	za rok 1916 . . . 1.200			2	Administracya	59	88
	za rok 1917 . . . 4 600	5.800	—	3	Asekuracya budynków	400	—
2	Dzierżawa warzelni za rok 1915	500	—	4	Asekuracya leśniczego	36	24
3	Dochód z wyszynku za 1916 i 1917	1 200	—	5	Raty bankowe od poz. a i b	4.985	27
4	Za rozbiórkę domu Stacha	60	—	6	Wartość drzewa deputatowego i budulca	842	—
5	Zakład zdrojowy za drzewo	66	—	7	Na kaplicę w Morszynie	46	—
6	Las za drzewo i szkody	790	—			7.049	33
7	Wartość wybranego drzewa	842	—				
8	Zwrot asekuracyi leśniczego	72	—		Pozostaje z 31. XII. 1917	2.280	67
	Razem	9.330	—		Razem	9.330	—

B. Fundusz inwestycyjny Morszyna.

1	Z końcem roku 1916	8.400	34	1	Za odnowienie łazienek ryczałt p. Makarewiczowi	3.000	—
2	Odsetki	1.300	53	2	Odsetki temuż należne	378	46
3	Kaucya z odsetkami zwrócona z Banku krajowego	1.227	50			3.378	46
4	Dochód za rok 1916 (był złożony w Banku kraj.)	1.694	50				
5	Dochód za rok 1917	2.280	67		Pozostaje w funduszu inwestycyjnym	11.525	08
	Razem	14.903	54		Razem	14.903	54

Wykaz 4. Wieczyste fundusze Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Stan z dniem 31. grudnia 1917.

		Walory nom.	Na książeczce	Fundusz II. 3. udzielił (1910) Morszynowi pożyczkę	Wartość ziemi (Morszyn)
	I. **Fundusze niewzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi).				
1	Dr Barzyckiego	2.400			
2	Dr Biesiadeckiego Alfreda	14.300			
3	Prof. Czyżewicza Adama	34.000			
4	Dr Garbińskiego	2.800			
5	Dr Jasińskiego Władysława	126.300			
6	Fundusz 25-letniego Jubileuszu Towarzystwa	3.200			
7	Dr Krówczyńskiego Zegoty	800			
8	Dr Krzeczunowicza	8.600			
9	Dr Łuszczkiewicza	800			
10	Dr Mahla Jakóba	3.400			
11	Dr Merunowicza Józefa	4.000			
12	Dr Niedźwieckiego	17.300			
13	Dr Rosnera Jana	1.100			
14	Dr Rożańskiego Józefa	300			
15	Dr Ściborowskiego Władysława	600			
16	Dr Świątkiewicza Józefa	1.400			
17	Prof. Szulisławskiego Adama	500			
18	Prof. Ziembickiego Grzegorza	1.200			
		223.000			
	II. **Fundusze wzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi)				
1	Fundacya Prof. Gilewskiego	37.200	21·68		
2	Fundacya Dr Lukasa Adolfa	7.700	10.010·48		
3	Własny fundusz Towarzystwa lekarzy galicyjskich	113.000		23.408·09	
		157.900	10.032·16	23.408·09	
	III. **Fundusze,** z których odsetki przyłącza się na razie do kapitału.				
1	Dr Gawełkiewicza Leopolda	10.600			
2	Dr Kalisza Alfreda		9.244·75		
3	Prof. Macheka Emanuela	2.100	18·00		
4	Prof. Marsa Antoniego	4.500	35·61		
5	Prof. Rydygiera Ludwika	2.600	36·22		
6	Bezimienny, złożył Dr Stenzel Rudolf	1.100	20·00		
7	Na kaplicę Morszyńską	700			
		21.600	9.354·58		
	Razem I. do III.	402.500	19.386·74	23.408·09	
	IV. **Fundusze,** z których odsetki pobierają dożywotnicy.				
1	Dr Jasińskiego Władysława	91.055·82			
2	Dr Barzyckiego	60.826.51			
3	Dr Lukasa Adolfa	30.000.—			
		181.882·33			
	V. **Fundusz,** z którego Towarzystwo już pobiera odsetki. Sprawa spadku w toku.				
1	Legat Dr Lukasa Adolfa	194.000			
	VI. **Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.**				
1	Wartość Morszyna po odciągnięciu ciężarów				156.543·32
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna		11.525·08		
	Razem IV. do VI.	375.882·33	11.525·08	23.408·09	156.543·32

Zestawienie.

Wartość funduszów wieczystych: I. do VI.

1. W walorach	778.382·33
2. Złożone na książeczki	30.911·82
3. Na Morszynie	23.408·09
4. Wartość ziemi	156.543·32
Razem	989.245·56

Wykaz 5. Zestawienie statystyczne.

Rok kalendarzowy	Rok istnienia Towarzystwa	Udzielono wsparć w koronach	Majątek Towarzystwa [1]
1868	1	—	2.400 [2]
1876	9	770	12.968
1886	19	3.300	69.212
1896	29	6.780	345.349
1906	39	12.280	566.172
1909	42	11.900	586.553
1911	44	14.435	674.170
1912	45	15.550	703.624
1913	46	15.560	725.105
1914	47	13.065	—
1915	48	15.920	723.973
1916	49	15.260	978.619
1917	50	20.220	1,001.728
Suma wsparć w całem pięćdziesięcioleciu.		345.468	

[1]) W wykazie wstawiono wartość szacunkową Morszyna zawsze jednaką, t. j. 268.045, każdorazowo jednakże ciężary odliczono.

[2]) Sprawozdanie skarbnika Dra Kosińskiego.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

powodliwość, suggestibilitas.
zespół komórkowy, syncytium.
komórki zespólne, syncytiale Zellen.
kiłowiny, osutki kiłowe, syphilides.
wól podmostkowy, Tauchkropf.
postrzał mimobieżny, Tangentialschuss.
wrażliwość odległościowa, telepathia.
odjądrowy, testifugal.
dojądrowy, testipetal.
surowica probiercza, Testserum.
pograsiczy, thymeopriv.
nierozwit tarczycy, beztarczyczność wrodzona, thyreoaplasia.
odtarczyczny, tarczyczny, thyreogen.
śmierć grasicza, Thymustod.
świdrowiec, trypanosoma.
świdrowica, trypanosomiasis.
leczenie surowicą własną, autoserotherapia. 8.

Zjazd w sprawie wyludnienia kraju

w Warszawie 1—3. XI. 1918.

W Sekcyi II, walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, zgłoszono dotychczas referaty następujące: 1) Dr Wesołowski: Czynniki wyludniające i stanowisko wśród nich chorób wenerycznych. 2) Dr Wernic: Statystyka chorób wenerycznych w Królestwie polskiem. 3) Dr Wernic: Statystyka nierządu w Królestwie polskiem. 4) Dr Wernic: Statystyka środków i zakładów leczniczych dla walki z chorobami wenerycznemi w Królestwie polskiem. 5) Dr Krzyski: Statystyka chorób wenerycznych w wojsku polskiem. 6) Dr Kozerski: Zasady stosowania obowiązku tajemnicy lekarskiej w społecznej walce z chorobami płciowemi. 7) Mecenas Popowski: Niezbędne zarządzenia prawodawcze w dziedzinie walki z chorobami płciowemi. 8) Dr Wesołowski: Przedślubne świadectwo zdrowia jako ochrona rodziny od chorób wenerycznych. 9) Dr Kozerski: Pierwiastek płciowy i jego właściwy stosunek do całokształtu istoty ludzkiej, ze stanowiska pożytku społecznego. 10) Dr Rygier-Cękalska: Samoobrona społeczeństwa w walce z nierządem. 11) Dyrektor Zarzecki: System wychowania wobec pierwiastku płciowego.

Na koreferentów tematów głównych w Sekcyi II zostali z Galicyi zaproszeni: Prof. Łukasiewicz i prym. Lenartowicz ze Lwowa, prof. Krzyształowicz i prym. E. Walter z Krakowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zamiast wieńca na trumnę ś. p. prof. Dr Glińskiego złożył Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego na fundusz Jego imienia przy »Bratniej pomocy medyków U. J.« 500 kor., »Towarzystwo biblioteki medyków« i »Bratnia pomoc medyków« po 100 koron.

Warszawa. Dyrekcya służby zdrowia publicznego w Ministerstwie zdrowia publicznego wydała Biuletyn Nr 2, zawierający przepisy przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych w szkołach, rozporządzenia w sprawie uchodźców i sprawozdanie Dyrekcyi za r. 1917.

— Lekarze polscy, wracający z Rosyi do Warszawy, zorganizowali w czasie 3-tygodniowej kwarantanny w barakach pod Mińskiem litewskim Kółko naukowe, w którem odbyły się 4 wykłady treści lekarskiej, wygłoszone przez Dr E. Zielińskiego, Anteckiego, Janusza i Abramskiego. (Gaz. lek. 28).

— W szpitalu NPMaryi w Częstochowie umieszczono staraniem Towarzystwa lekarskiego tablicę pamiątkową Dr Wł. Biegańskiego. (Gaz. lek. 28).

Z różnych stron. Zjazd w sprawie opieki nad kalekami wojennymi odbędzie się w Wiedniu od 16. do 19. września b. r. Zgłoszenia uczestnictwa i wykładów przyjmuje prof. Dr H. Spitzy, Wiedeń IX, Frankgasse 1.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 2360/18.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Magistrat miasta Gródka Jagiellońskiego rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Gródku Jagiellońskim z roczną płacą 1600 koron i trzema pięcioleciami po 200 koron oraz dodatkiem drożyźnianym na czas wojny w wysokości 75% od płacy z terminem do 8. sierpnia 1918 r. włącznie.

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzin, wykazującą nieprzekroczony 40 rok życia,

2) prawo obywatelstwa austryackiego,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do praktyki lekarskiej w kraju,

4) świadectwo z odbytej dwuletniej praktyki przy szpitalu publicznym.

Wymaganą jest dokładna znajomość obu języków krajowych oraz niemieckiego w słowie i piśmie.

Porada lekarska dla miejskich urzędników i sług oraz ubogich bezpłatnie.

Posada nadaną będzie na jeden rok prowizorycznie, a po upływie tego czasu w razie zadawalniającej służby może nastąpić ustalenie na tejże.

Gródek Jagielloński 4. lipca 1918. 248

Smajda, zast. burm.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 30. Kraków, 27. lipca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

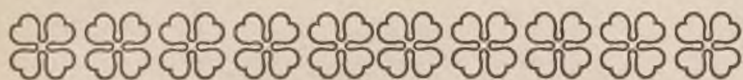
WYCHODZI CO SOBOTA.

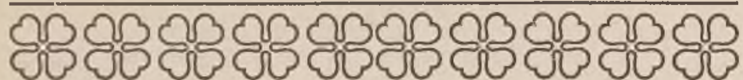
Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

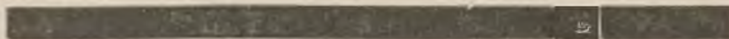
Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

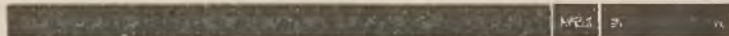
Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.











Rok LVII. Kraków, 27. lipca 1918. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

W książce mej: Chirurgia nerwów obwodowych (Kraków, 1916) objąłem całokształt tego działu chirurgii. Jeżeli obecnie zabieram znowu głos w tej sprawie, to między innemi dlatego, że o wartości operacyi nerwowych można wyrobić sobie zdanie dopiero w pewien, nieraz długi dopiero czas po operacyi. Pierwsze moje operacye na nerwach datują się od listopada 1915 r., tak, że obecnie mogę mówić już o przypadkach obserwowanych przez niemal $2^1/_2$ lat.

Podobne obserwacye efektu operacyi nerwowych u inwalidów, operowanych dawniej, ogłosił Stoffel (Münch. med. Woch. Nr 47—1917), tak że mogę zestawić jego badania wyników z mojemi.

	Stoffel	Klęsk
operacyi:	61, z tego:	80, z tego:
przy szwach:	57% dobrych wyników	16% dobrych wyników
przy neurolizach:	69·2% » »	52% » »
plastyki:	bez wyniku.	bez skutku.

Każdego uderzy tu duża różnica efektu po szwie u Stoffela, a u mnie. Wytłómaczyć ją można jednak natychmiast tem, że w statystyce Stoffela spotykamy na 61 operacyi, 28 wykonanych na nerwie promieniowym, który, jak wiadomo, daje ze wszystkich nerwów najlepsze po szwie rokowanie, bo nieraz osiąga się 70—80% wyleczeń (natomiast przy strzałkowym i pośrodkowym zaledwo 15—25%). Otóż zbiegiem okoliczności w statystyce mojej operacye na nerwie promieniowym stanowią $^1/_3$ innych i dlatego z natury samej rzeczy i procent wyleczeń mam mniejszy przy szwach.

Dodać tu jeszcze muszę, że prócz tego obserwowałem 42 przypadki, operowane gdzieindziej, tak że mogę właściwie mówić o wynikach 122 operacyi nerwowych.

Opierając się na tych statystykach, twierdzę stanowczo, że nerwy należy operować nawet w przypadkach zastarzałych. Neurolizy dają wprost znakomite wyniki. Nigdy prawie na pewno nie możemy powiedzieć, czy nerw jest w całości przerwany, czy nie. Choćbyśmy więc zgodzili się na to, że szew nerwu, zwłaszcza innego, nie promieniowego, daje wątpliwe wyniki, to operować trzeba, gdyż jeżeli spotkamy nerw częściowo uszkodzony, n. p. uciśnięty, efekt osiągniemy łatwo, gdy zaś nerw jest całkiem zniszczony, to chory nic nie ryzykuje. Dodać tu muszę, że bóle i zmiany troficzne przemawiają często za częściowem uszkodzeniem nerwu, podobnie nadmierne pocenie się skóry.

Każdemu operującemu nerwy nasuwa się pytanie, dlaczego wyniki na różnych nerwach są tak nieraz dyametralnie różne, a dalej, dlaczego czasem skutek po operacyi bywa szybki, niemal natychmiastowy (mimo poprzedniego braku ciągłości), a często każe bardzo długo czekać na siebie? Odpowiedź nie jest łatwa, bo przy nerwach w grę wchodzą rozmaite czynniki. Przedewszystkiem wynik osiąga się czasem przez usunięcie wpływu hamującego lub anastomozy nerwów, a nie przez zabieg, jako taki, na nerwie. Anastomozy nerwów i ich wzajemne zastępowanie się jest rzeczą stwierdzoną. N. p. w połowie ramienia łączy się nerw pośrodkowy z mięśniowoskórnym, a poniżej łokcia pośrodkowy z łokciowym. Rauschberg n. p. szybki powrót czynności po szwie odnosi jedynie do połączeń poniżej miejsca uszkodzenia. Niektóre mięśnie mają podwójne unerwienie (n. p. nerw m. dwugłowego, n. ramienny), a co ważniejsza, mogą się z czasem doskonale zastępować, ba nawet przy porażeniu nerwu promieniowego zginacze, napinając się forsownie, mogą trochę podnieść rękę, na co zwrócił uwagę Oppenheim. Nie osiągnie się żadnego wyniku lub osiągnie się go tylko zwolna w razie, gdy wystąpiły już duże zmiany troficzne i właśnie te nerwy dają najgorsze rokowanie, przy których zmiany troficzne są najczęstsze.

Doskonałe nieraz ruchy czynne mimo nadal istniejącego odczynu zwyrodnienia po operacyi dowodzą też jasno, że chodzi tu często raczej o pomoc sąsiadów i usunięcie wpływów hamujących. Bardzo też być może, że operacya działa nieraz w ten sposób, iż, usuwając izolującą bliznę, dozwala prądowi nerwowemu biedz swobodnie na obwodowy odcinek nerwu operowanego.

Jak najlepiej łączyć nerwy?

Swego czasu pojawiło się zdanie, że nerwów nie należy bezpośrednio łączyć ze sobą, lecz powinny się one same »szukać«. Do tego celu podał Edinger swe rurki, Moszkowicz pomost z sąsiednich mięśni, inni znów tkanki obce, katgut lub wszczepione nerwy. Niestety doświadczenie poucza inaczej. Stracker twierdzi, że rurki Edingera są zupełnie bezcelowe, gdy odstęp kikutów jest dłuższy, niż 2 cm. Goebel zwraca uwagę na częste tworzenie się przetok po stosowaniu rurek Edingera, co i ja w kilku przypadkach stwierdziłem. Struck wszczepił rurkę Edingera w ubytek nerwu łokciowego. Po 8 miesiącach z powodu braku wyniku ponowny zabieg, przy którym okazało się, że rurka pozostała niezmieniona, a kikuty nerwu, zamiast się »szukać«, przyrosły poprostu do ściany tętnicy i kolbowato zgrubiały.

Wszczepienia nerwów dają też smutne wyniki i dziwię się bardzo, że w ostatnim czasie Auerbach poleca je tak gorąco, że nawet Rehn podjął się zbierać nerwy i dostarczać do przeszczepiań lekarzom.

W mięsień wszczepiłem kikuty podług Moszkowicza dwa razy, dotąd jednak bez skutku.

Sądzę, że najpewniej jest podciągnąć, o ile się da, łagodnie ku sobie kikuty i po zatamowaniu krwawienia przyciągnąć je lekko szwami onerwowymi ku sobie tak, by się dotykały, lecz by ewentualny odpływ krwi nie był zatamowany, bo inaczej utworzy się krwiak, a potem izolująca blizna na przekroju. Szew należy potem otulić, i to najlepiej o ile możności tkanką tłuszczową*), ew. tętnicą cielęcą. Powięź nie nadaje się do tego, bo kurczy się bliznowato. Dokładne dopasowywanie »kabli«, jak żąda Stoffel, uważam za żądanie więcej teoretyczne i często wprost niewykonalne ze względu na różnice kalibru kikutów.

Bardzo dobre wyniki osiągnąć można często przez śródpęczkowe rozluźnienie, względnie wycięcie blizny. W trzech przypadkach osiągnąłem przez to wynik bardzo dobry, raz po prostu natychmiastowy, bo operowany (porażenie n. strzałkowego) już przy popołudniowej wizycie zaczął podnosić palce i stopę.

Im więcej wykona się operacyi na nerwach, tem wyniki są lepsze, a zarazem nabiera się z czasem poprostu »czucia«, czy operacya będzie skuteczna, czy nie.

---

*) Goebel do otulania używa z dobrym skutkiem wyjałowionego tłuszczu świńskiego.

Neurolizy, wykonane racyonalnie, dają często wprost znakomite wyniki. Często jednak trudno rozstrzygnąć, czy wykonać wątpliwą co do wyniku neurolizę, czy wycięcie i szew. W skaryfikacye, zalecane przez Buscha, Ehrmana i Kortewega, nie wierzę i w razie zupełnego porażenia nie waham się z wycięciem części zmienionej, bo drugi raz chorego bardzo trudno namówić na operacyę (n. p. po nieudałej neurolizie).

Po dobrze wykonanej neurolizie skutek wystąpić powinien w 2—4 tygodni. Gdy go niema do tego czasu, to zwykle nie wystąpi także później. Natomiast na wynik po szwie, zwłaszcza n. p. na nerwie kulszowym, trzeba czekać nieraz bardzo długo i nie tracić nadziei. W jednym n. p. przypadku moim (wycięcie 6 cm zniszczonego nerwu kulszowego u legionisty) zaczęły powracać ruchy dopiero w 18 miesięcy po operacyi.

Ritter zwrócił uwagę, że w polu przy oglądaniu ran spotyka się niezmiernie rzadko uszkodzenia nerwów, a na tyłach armii przy leczeniu następowem stosunkowo często. Dowodzi to, że w wielu przypadkach chodzi tu o zmiany następcze, wywołane przez ucisk drenów, tamponów, źle założonych opasek, szyn, tworzących się kostnin lub blizn, albo też o śródnerwowe blizny, powstałe przez pośrednie uszkodzenie nerwu wskutek naciągnięcia. Wszystkie te fakta powinny nas zatem zachęcać do operacyi na nerwach, i to o ile możności wczesnych, przed zjawieniem się zmian troficznych.

Doświadczenie moje nad operacyami nerwów obwodowych streszczam, jak następuje:

1) O ile możności należy szyć nerwy pierwotnie zaraz po uszkodzeniu i wtedy wyniki szwu są wprost idealne.

2) Po 3—5 miesiącach bezskutecznego leczenia zachowawczego powinno się bezwarunkowo odsłonić dany nerw (po poprzedniem gruntownem zbadaniu neurologicznem), chyba że zmiany troficzne są za daleko już posunięte.

3) W razie zupełnego porażenia i odczynu zwyrodnienia lepiej wykonać wycięcie nerwu i szew, niż wątpliwą co do skutku neurolizę.

4) Po szwie należy operowanego leczyć nadal bardzo sumiennie i długo i nie zrażać się brakiem wyniku.

5) Nerwy są tkanką tak nieobliczalną i delikatną, że wyniku operacyi przewidzieć nie można, lecz może dlatego właśnie powinno się nawet i w zadawnionych przypadkach operować, a nie opuszczać rąk.

6) Wszczepianie w ubytki ciał obcych lub tkanki nerwowej niema wielkiej racyi, przynajmniej nie daje tej pewności, jak zbliżenie kikutów do siebie, co w razie nawet dużych odstępów przez odpowiednie ułożenie kończyny, obluźnienie kikutów, względnie przesunięcie nerwu daje się bardzo często wykonać.

7) Na wynik po szwie, nawet w tych samych pozornie warunkach anatomicznych, trzeba czekać nieraz różnie długo, trzeba też tutaj cierpliwości. Dlatego też zniechęcanie się i wykonywanie ew. plastyk ścięgien, lub dawanie aparatów przed upływem dwóch lat uważam za postępowanie nieracyonalne, a czasem nawet błędne.

8) Z przypadków do operacyi przez neurologa przeznaczonych mniej więcej dwa razy tyle nadaje się do neurolizy, jak do szwu. Neuroliza daje w przeszło 50% przypadków dobre wyniki, natomiast szew (z wyjątkiem nerwu promieniowego) tylko zaledwo w $^1/_6$. Natomiast szew nerwu promieniowego daje wyniki nawet lepsze, niż neuroliza na innych nerwach.

Uwagi w sprawie reformy studyum lekarskiego.

Podał*)

Dr Antoni Schröder.

W sprawie reformy studyum lekarskiego zabieram głos w myśl intencyi prof. Cieszyńskiego, jako lekarz, który ukończywszy przed kilku laty to studyum, odczuwa częściowo w praktyce szpitalnej, częściowo prywatnej, wady swego przygotowania do życia lekarskiego.

*) Z powodu braku miejsca artykuł został przez Redakcyę bardzo znacznie skrócony.

Stwierdzam, iż nauka w szkole średniej wskutek zbyt małej ilości godzin, poświęconych naukom przyrodniczym, daje niedostateczną podstawę do przyszłego studyum lekarskiego. Zwróciwszy się do studyum lekarskiego, zaczyna słuchacz borykać się z szeregiem trudności. Pierwsza, to liczba współsłuchaczy. Będąc przez cały prawie ciąg studyów jednym ze stukilkudziesięciu (rok I. i II. — 180), odczułem, jak to utrudnia korzystanie zarówno z wykładu, jak i pracowni. Wykład przez konieczne w danych warunkach rozszerzenie demonstracyi przewleka się, staje się mniej zajmującym, męczy wykładającego, w sumie zaś ogólnej skraca się w treści, przez co znów zachodzi potrzeba ograniczania materyału wykładowego. Stokroć gorzej w pracowniach. Szczupłe ubikacye zmuszają do dzielenia słuchaczy na partye po kilkunastu, przez co znów poza innemi wadami zmniejsza się dla jednostki materyał naukowy. Odbija się to później brakiem wprawy technicznej, niedostatecznem przygotowaniem do techniczno-eksperymentalnej strony zawodu, u niektórych zaś doprowadza do lekceważenia techniki zawodowej i eksperymentu jako metody naukowej. W uwagach dotychczas ogłoszonych zastanawiano się nad tem, jak zaradzić przepełnieniu studyum lekarskiego. Podobno sposobem tym ma być »numerus clausus«, census inteligencyi i zdolności i podwyższenie czesnego. Kwestyę tę pozostawiam powołanym, t. j. Wydziałom lekarskim Uniwersytetów. Jedynie pozwolę sobie zwrócić uwagę, iż zdolności i zamiłowanie do zawodu niezawsze idą w parze z dobrym bytem materyalnym, że społeczeństwo nasze w przeważnej większości jest ubogie i że wreszcie zdolności mogą się dać poznać dopiero w czasie studyów, zaś nastroszenie ich trudnościami materyalnemi może niejednego ubogiego a zdolnego odstręczyć.

Drugą trudność stanowi nędzna, urągająca pojęciu wiedzy i nauki, dotacya zakładów. Uniemożliwia ona pracę naukową uczącemu, nie pozwala na zdobycie odpowiedniego zasobu wiedzy słuchaczowi. Tu, sądzę, wprost koniecznem jest otworzenie oczu społeczeństwa, a może z czasem dojdziemy do tego, że zamiast, jak się to po dziś dzień zdarza, zapisów na cele nieproduktywne, pojawią się prywatne zapisy, nadające jeśli nie rozmach, to przynajmniej swobodę ruchów nauce polskiej.

Jednym z warunków należytego korzystania z każdej nauki jest możność uczenia się z odpowiedniego podręcznika. W tym kierunku jest u nas źle. Słuchacze mają do dyspozycyi podręczniki we wszystkich językach z wyjątkiem ojczystego. Brak podręczników w języku polskim (przyznaję, że w ostatnich latach zaznacza się w tym kierunku pewna poprawa) jest zjawiskiem upokarzającem, bo przecież medycynę wykłada się nie od kilku lat w Polsce. Wiadomo, iż napisanie podręcznika, zwłaszcza zaś dobrego, nie jest rzeczą łatwą, nie jest jednak rzeczą niemożliwą, a chyba w Polsce mamy dość sił fachowych, któreby mogły spełnić ten obowiązek społeczny i narodowy. Brak podręczników polskich wywołuje u słuchacza wątpienie w wartość wiedzy rodzimej, zmniejsza zaufanie — a dodam — i szacunek dla grona profesorskiego, młodzież bowiem ucząca się jest krytyczna, w sądzie dość ostra, lecz w głębi i sprawiedliwa. Posługiwanie się obcymi podręcznikami toleruje i wzmaga naszą wadę narodową cenienia tylko tego, co obce. W końcu zaznaczam, iż wiele podręczników niemieckich (przeważna część rosyjskich, to tylko tłomaczenia tamtych), dając poznać tylko niemiecki punkt pojmowania w medycynie teoretycznej i praktycznej, zacieśnia horyzont wiedzy. Jest rzeczą znaną, iż istnieje różnica w pojmowaniu niejednego zakresu spraw chorobowych n. p. we Francyi. Tak postępując, podajemy się w niewolę duchową szkół niemieckich, pozostając sami bez indywidualizmu naukowego. Jeśli już losy nałożyły kajdany na ciało, niechże przynajmniej duch pozostanie wolnym i swojskim.

Do należytego i owocnego funkcyonowania organizmu naukowego należy także dostateczność liczebna i jakościowa sił pomocniczych; mam tu na myśli demonstratorów i asystentów. Liczba ich powinna być znaczna, trudno bowiem, by docent poza pracą naukową, przygotowaniem materyału wykładowego był też asystentem, słuchacze zaś, im więcej ludzi poświęca im swą pracę i wiedzę, tem więcej skorzystają. Należałoby unikać częstych zmian personalu pomocniczego, co jednak z ważnych przyczyn zbyt często się zdarza; zajęcie bowiem przy jednej katedrze w roli asystenta lub demonstratora wymaga już jednak pewnej specyalizacyi w tym dziale, to zaś osiąga się dopiero z czasem. Demonstrator zaś lub asystent, który nim jest tylko rok, zaledwie sam zaczyna się lepiej oryentować i już ustępuje, pozostawia na swem miejscu drugiego nowicyusza, który sam gorączkowo chwyta zasadnicze szczegóły i podaje je przy objaśnieniu słuchaczowi, nie potrafiąc niejednokrotnie udzielić szczegółowszych i gruntowniejszych objaśnień. Wymagać zaś od pro-

fesora czy docenta, by te właśnie objaśnienia dawał przy każdym preparacie i przypadku i każdemu słuchaczowi, niepodobna, bo braknie mu na to czasu i sił. Tak na tę sprawę patrząc, byłbym zdania, iż nietylko na asystentów, lecz i na demonstratorów należałoby powoływać lekarzy, a nie medyków lub rygorozantów, choćby za cenę znacznych ofiar materyalnych; obok wielu innych zyska się dwie korzyści: po pierwsze, iż będą to ludzie, nie mający na głowie wykładów, ani egzaminów, więcej więc czasu będą mogli poświęcić opracowaniu demonstracyi, po wtóre zaś, mając całkowite wykształcenie lekarskie, nie będą przy objaśnieniu zaskoczeni niejednem, może pozornie odbiegającem dalej od tematu pytaniem, a wreszcie będą mogli objaśnienie więcej celowo i racyonalnie poprowadzić, nie obarczając nieobeznanego jeszcze słuchacza balastem szczegółów drobnych, zajmujących specyalistę badacza, zaś dla ogólnolekarskiego wykształcenia mało, albo nic nie znaczących.

Ze sprawą tą łączy się sprawa obecności profesorów i docentów przy zajęciach praktycznych i ich kontrola. Po pierwsze uważam to za ich obowiązek i nad tą sprawą nie uznaję dyskusyi. Wypełnianie tego obowiązku daje przy tem wiele korzyści. Po pierwsze wchodzi tu w grę bogata skarbnica doświadczenia, zwłaszcza w medycynie praktycznej, nie mogąca być udziałem młodego asystenta, sprawa tak ważna, iż sama przez się mogłaby stanowić przedmiot dłuższego niż obecny artykułu. Drugą korzyścią będzie to, iż docent przez osobiste zetknięcie się ze słuchaczem i dyskusyę nabędzie pojęcia o stanie jego wiadomości, co może być dla niego cenną wskazówką do prowadzenia wykładu, późniejszy zaś egzamin w takich warunkach przestanie być dla obu stron kwestyą przypadku lub »szczęścia«, jak to aż nazbyt często dziś się zdarza, a będzie tylko ostatnią oficyalną sposobnością do uzupełnienia sobie wyobrażenia o stanie wiedzy słuchacza. Poza tem zmusi to słuchacza bodaj przez ambicyę do usilniejszej pracy. Oprócz kontroli wiedzy słuchaczy nie zaszkodzi i kontrola nad personalem pomocniczym, czy należycie i celowo spełnia swe zadanie. Co do kontroli wiedzy słuchaczów mógłby mi ktoś zarzucić, że istnieją t. zw. kolokwia, uważam je jednak znów za egzamin, zbyt często masowo w przeciągu paru dni i powierzchownie czasami odbywany, a więc znów przypadek, »szczęście« i t. p.

Niejednokrotnie zaobserwowałem, iż słuchając wykładu czy objaśnienia demonstracyi i t. p., za mało spotyka się zachęty do samodzielnej pracy i samodzielnego myślenia. Nauczanie staje się przez to pewnego rodzaju dogmatem, nauka zaś reprodukcyą, wytwarza się atmosfera senności, rezygnacyi i brak przedsiębiorczości naukowej. Brak nieraz wytłómaczenia, uzasadnienia, ewentualnie podawana bywa hypoteza lub teorya, dość zresztą rzadko poddana krytyce naukowej. Nie chodzi mi o dawanie wiadomości tam, gdzie ich dać nie można, bo nie istnieją, lecz możnaby przynajmniej w zarysie wskazać od czasu do czasu drogę, jaką badania w danym kierunku iść powinny, cel, do jakiego dążyć należy i t. d.; ot rzucić po prostu iskrę w te ławki zapełnione. Bo któż wie, czy nie tai się tam gdzie duch przedsiębiorczy i twórczy, który iskrę pochwyci i dojdzie do celu. Samoistne myślenie jest w życiu lekarza tak potrzebne, iż wszelkie środki w tym celu powinny być wyczerpane. Zmusić zaś do tego można przedewszystkiem doświadczeniem i celowo prowadzoną dyskusyą, głównie znów w czasie zajęć praktycznych, dyskusyą nie apodyktyczną, lecz dozwalającą, a nawet zmuszającą do zajęcia przez słuchacza własnego stanowiska, jego obrony i uzasadnienia.

Poruszyć jeszcze muszę sprawę stosunku uczuciowego profesora czy docenta do słuchacza. Pamiętam profesorów i docentów, za którymi się przepadało, takich, co przychodzili wykład odrobić i takich, między którymi a słuchaczami istniała mniejsza lub większa nieufność lub obojętność. Słuchacz jest nader wrażliwy i nader przykre odnosi wrażenie, jeżeli czuje, że docent stawa tylko na piedestale własnej pozycyi naukowej i towarzyskiej, a słuchacz dla niego jest tylko uczniakiem. Dawniej inaczej bywało; co prawda zmiana nastąpiła może nie z winy docentów, a raczej z przyczyn ubocznych; nie chcę ich wszakże poruszać, to tylko podkreślę, że nie dobrze jest, iż się to zmieniło, bo kto z sercem, przyjaźnią lub życzliwością uczy — najlepiej uczy. Miejmy nadzieję, iż zmienią się warunki, a wówczas wróci owa żywsza i serdeczniejsza łączność wzajemna.

Studyum lekarskie, mimo iż jest nauką w całem tego słowa znaczeniu praktyczną, jednakże musi słuchaczowi pozostawiać dość czasu na uczenie się z podręczników, raz choćby dla utrwalenia w pamięci poznanych faktów, powtóre dla rozszerzenia wiedzy, w żadnych bowiem warunkach nie może docent dać mu całokształtu, dobrze, jeśli da gruntowny zarys przedmiotu; a ileż to razy z przyczyn zewnętrznych zdarza się, zwłaszcza w klinikach, że docent nie wyczerpie całości materyału. Obecnie jednak dzień jest tak pracą zajęty, iż mała reszta musi służyć do odpoczynku, a słuchacz często czuje się ilością wykładów zbyt zmęczony. Jest to już pierwszy wzgląd, przemawiający za rozszerzeniem czasu na studyum lekarskiem. Rozrost materyału naukowego sprawia, iż docent mimo najlepszych chęci nie może przejść całego materyału swego przedmiotu i radzi sobie w ten sposób, iż albo skraca treść wykładu, albo wykłada przedmiot cyklami, nieraz w zakresie 3—4 półroczy. Tak więc albo słuchacz dostaje materyał szkicowo obrobiony, albo też nie całkowity, z braku czasu bowiem i kolizyi z innymi wykładami nie może przez 3—4 półrocza słuchać różnych działów tego samego przedmiotu. Stosunki te odbijają się później czasami przy egzaminach. Powoławszy się poprzednio z powodu przeładowania wykładami dnia na nadmierne zmęczenie, muszę z tego samego powodu wystąpić przeciw wszelkim dwugodzinnym wykładom; jeśli zaś już inaczej być nie może, to należy w połowie takiego wykładu urządzić przynajmniej 5-minutową przerwę. Wykład dwugodzinny, w jego trzeciej (końcowej) części, uważam za mało wartościowy; słuchacz, o ile się nim naprawdę zajmuje, traci na sile skupienia uwagi, docent zaś męczy się i w ten sposób obie strony ponoszą szkodę.

Za przedłużeniem czasu trwania studyum lekarskiego przemawia także konieczność rozszerzenia materyału naukowego, i to, mojem zdaniem, nieodzowna. Obecny materyał naukowy wykazuje rażące braki, zwłaszcza zaś w kierunku wykształcenia praktycznego, braki, którym można i musi się zapobiedz przez stworzenie nowych katedr pomocniczych. Kwestyi, czy ma być wykładana, biologia czy też zoologia, botanika i t. p., nie będę tu poruszać, zaznaczam tylko, iż osobiście z wielu względów jestem zwolennikiem biologii. Dlaczego przez długie lata nie wykładano historyi medycyny, nie rozumiem, choć sądzę, iż jest to rzecz konieczna, a wykłady te powinny być obowiązkowe.

Za poważne zaniedbanie muszę uważać brak wykładów i ćwiczeń praktycznych z zakresu terapii fizycznej, tak, jak wogóle nauczanie odrębne hydro-, klimato-, elektro-, mechano- i radyoterapii dotąd nie istniało. To też słuchacz, przedzierżgnąwszy się w lekarza, nagle staje wobec siebie, gorzej, bo wobec chorego z pustką w tym kierunku. Wprost nie wie, czem się różni w działaniu okład zimny lub gorący od wysychającego, nie zna różnicy między prądem galwanicznym, a faradycznym; o innych nowszych metodach wie tyle, że istnieją, że używa się ich — lecz kiedy, jak i z jakim skutkiem? A przecież dział leczenia fizycznego, tak obszerny i ważny, w niejednym przypadku chorobowym jest podstawą leczenia. Nim zaś młody lekarz zaznajomi się z tym działem, nim niejedną przeżyje kompromitacyę wobec bywalca rozmaitych »badów« i sanatoryów, może przez zastosowanie nieumiejętne lub nieracyonalne niejednego chorego przyprawić o poważną szkodę. Czemu mu wreszcie nie dać tego, co najtrudniej sobie wyrobić, to jasnego sądu o wartości różnych metod tego działu lecznictwa; poco narażać jego chorych na nowe, zbyteczne eksperymenta, przez które mozolną i niezawsze szczęśliwą drogą zdobędzie w końcu znajomość przedmiotu.

Nie wiem, dlaczego nie łączy się w wykładzie poszczególnych działów. Przy wykładzie położnictwa byłyby pożądane szerokie uwagi o warunkach ciąży wśród ogólnych spraw chorobowych z zakresu innych działów specyalnych, a odwrotnie w tych działach o stosunku tych schorzeń do ciąży. Również byłoby pożądane we wszystkich działach znaczne rozszerzenie wykładu o wskazaniach do przerwania ciąży. Zdumiewają się nieraz w klinikach i szpitalach nad wskazaniami, z jakimi lekarze przysyłają chore do przerwania ciąży, a przecież przez obszerniejsze wykłady tego rodzaju niejedno zło dałoby się usunąć.

W nauce farmakologii odczuwa się dwie potrzeby, mianowicie: 1) więcej, niż dotąd, kierunku doświadczalnego, rozszerzenie wiadomości z zakresu fizyki i chemii w zastosowaniu do receptury i wprost ćwiczenia przynajmniej jedną godzinę na tydzień w tym kierunku. Docenci działów praktycznych sami wiedzą najlepiej, co to znaczy zażądać od słuchacza lub rygorozanta skreślenia choćby najprostszej recepty. Gorzej, bo spotyka się lekarzy w lat 5—6 po ukończeniu studyów, którzy nie mogą sobie dać rady z najprostszą receptą. Zapewne część winy po ich stronie, lecz brak wyćwiczenia ich w tym kierunku w czasie nauki nie jest tylko ich winą. Wyćwiczenie powinno się tu kontrolować i przy egzaminie. Wtedy młodzi lekarze nie będą wpadać w objęcia kalendarzyków lekarskich i t. p. Z tem

łączy się kwestya nauki o wskazaniach lekarskich, działu, również zaniedbanego, o czem jeszcze niżej powiem.

Z dotychczasowych przykładów wynika, iż należałoby przedłużyć studyum lekarskie. Na jak długo? Sądzę, iż należy to pozostawić Wydziałom lekarskim, zależeć to bowiem będzie tak od obszerności materyału branego na uwagę, jak i od rozkładu wykładów. Zaznaczę tylko, iż może przez proponowane dotychczas, a słuszne, zmniejszenie feryi (razem do pół roku wynoszących) zyska się co najmniej dwa półrocza czasu, — bez zwiększania obowiązkowej liczby półroczy studyum. Przy kosztowności studyum, a ubóstwie naszego społeczeństwa także kwestya ponoszenia kosztów kształcenia o rok dłużej powinna zwrócić uwagę reformujących.

Za konieczne uważam, by wszelkich wykładów z teoretycznej medycyny wysłuchał uczący się przed medycyną kliniczną; chodzi tu głównie o anatomię patologiczną, patologię, farmakologię, metody badań klinicznych, bakteryologię. Sądzę, iż konieczny jest z przedmiotów tych II. egzamin, z obowiązkiem składania go przed zapisaniem się na półrocza kliniczne; słuchacz bez tego egzaminu nie powinien być dopuszczony do studyum klinicznego. W ten sposób rozdzieli się równomierniej egzamina, co ważniejsza, stworzy się jedynie racyonalną podstawę do należytego zrozumienia i odpowiedniej korzyści ze studyum klinicznego, a w końcu zmusi się słuchacza do celowej pracy. Ułatwi to też pracę docentom klinicznym, ograniczając nieco dygresye w kierunkach teoretycznych w czasie nauki, dotychczasowe bowiem korzyści ze studyum klinik między innemi i z tego powodu zmniejszają się. Po takiem przygotowaniu przy znacznie większym nacisku na wszechstronne wykształcenie w metodach badania, powinien słuchacz przejść do kliniki, gdzie jednak także pożądane są pewne reformy.

Naprzód w sprawie asystentów klinicznych. Nie twierdzę, by stan obecny był zły, ale możnaby go ulepszyć. Obecnie zazwyczaj wstępuje do kliniki młody lekarz zaraz po uzyskaniu dyplomu, nie zaznajomiwszy się z innymi działami medycyny praktycznej. Czy nie lepiej byłoby wymagać przynajmniej dwuletniego okresu kształcenia się we wszelkich działach medycyny przed poświęceniem się jakiejkolwiek gałęzi specyalnej? W ten sposób przeciwdziałanoby najlepiej nadmiernej specyalizacyi w oderwaniu od reszty medycyny, co się w ostatnich czasach tak daje we znaki. Już sami profesorowie i docenci w wykładzie stają na stanowisku specyalności nieraz zbyt jaskrawo. A w życiu codziennem! Zdarza się, że chirurdzy wprost wydrwiwają medycynę wewnętrzną jako »metafizykę«, internista zaś odwrotnie zarzuca, iż tamci wszystkoby chcieli leczyć nożem. »Salus aegroti lex suprema esto« powinno być dla studenta medycyny i młodego lekarza jedynym wskaźnikiem; niech uczy się myśleć i oceniać swe postępowanie z tego punktu widzenia, bo to będzie i być powinno celem jego działalności. Skutki dotychczasowego stanowiska i panoszenia się specyalizacyi są fatalne; widzi się lekarzy, którzy z najprostszem zagadnieniem ślą zaraz chorego do specyalisty, w działach zaś operacyjnych brak odpowiedniego doświadczenia utrudnia stawianie wskazań operacyjnych i postępowanie przy ewentualnych komplikacyach przy leczeniu pooperacyjnem.

Dalej należy znaczny nacisk położyć na naukę wskazań lekarskich, zwłaszcza w odniesieniu do terapii szczegółowej, szczególnie chorób wewnętrznych. Należy nauczyć słuchacza, by w każdym poszczególnym przypadku oryentował się nietylko w samem rozpoznaniu, lecz i w okresie choroby i ogólnem leczeniu, a nadewszystko w zastosowaniu leczenia w danych warunkach i u danego osobnika. O tem wszystkiem mnie i mym rówieśnikom mało albo prawie nic nie mówiono; niestety z braku miejsca nie mogę tej sprawy szczegółowiej rozpatrywać i muszę poprzestać na tem krótkiem zaznaczeniu.

Wśród młodych lekarzy aż nazbyt często przeważa typ nihilistów terapeutycznych, i to w tym stopniu, iż czasami odnoszę wrażenie, iż najchętniej poprzestaliby na rozpoznaniu, uważając leczenie za nonsens, bo przecież nic nie pomoże. Z punktu widzenia etycznego nie wahałbym się nazwać takiego stanowiska oszustwem moralnem. Poco podawać się za lekarza, jeśli cała pomoc, dana choremu, ma polegać na mniej lub więcej dobrem określeniu, co mu brakuje i jak długo będzie żyć i na zapisaniu na odczepne recepty — »ut aliquid fieri videatur«. Jeśli się nie wierzy w swój zawód, to nie należy się mu oddawać. A przecież leczenie, nie mówiąc już o działach chirurgicznych, istnieje i osiąga skutek w szerokim zakresie chorób wewnętrznych; lecz wymaga wielu wiadomości, pracy i doskonałej oryentacyi i przedewszystkiem inteligentnego i logicznego myślenia. Prawda, iż warunków dużo, lecz od czego sumienność i poczucie odpowiedzialności. A wiele z tych warunków powinno dać studyum lekarskie. Przedewszystkiem podać dużo, powtóre zaostrzyć wymagania. Niech klinika, zwłaszcza medyczna, poda sobie rękę z katedrą farmakologii, niech słuchacz nauczy się tego, co umieć powinien i co mu w życiu praktycznem będzie koniecznie potrzebne. A więc więcej nacisku na ten dział medycyny.

Ze praktycznie zbyt mało korzysta słuchacz z klinik, przyczyną przedewszystkiem nadmierna liczba słuchaczy, skromne uposażenie i t. p. W każdym razie obserwacya sześciu do siedmiu chorych przez czas słuchania danego działu, to za mało; chorzy ambulatoryjni nie zastąpią obserwacyi klinicznej. Za konieczną uważam też obserwacyę przez słuchaczy chorych kliniki chirurgicznej i położniczo-ginekologicznej, z kształceniem się w postępowaniu operacyjnem, z zaznajomieniem się z leczeniem zachowawczem, z techniką niektórych zabiegów na sali chorych. Wielka operacya, wykonana przez profesora na sali operacyjnej, niczego nie nauczy, bo i tak zbyt niewielu słuchaczy, i zbyt mało widzi. Powikłania operacyjne, ich stosunek do zabiegu i choroby zasadniczej i cały aparat kliniczny pooperacyjny, pokazanie trudniejszego opatrunku, to są chyba rzeczy godne widzenia i wysoce pouczające, a przytem konieczne. Obecnie po pokazaniu przed operacyą chory przepada dla słuchacza, który widzi go potem tylko na stole sekcyjnym lub też jako wyleczonego z blizną. Ile na tem uczący się traci, nie potrzebuję podnosić.

Przy obserwacyi w klinice należałoby wymagać od słuchacza zbadania chorego wszelkiemi metodami (prócz tych tylko, które wymagają specyalnej i zawiłej techniki), a więc badanie fizyczne, badanie moczu, kału, plwociny, krwi, naturalnie pod kontrolą asystenta.

W klinikach istnieje jeszcze instytucya t. zw. koasystentów, to jest studentów, pomagających asystentom. Ma ona tę zaletę, że słuchacz taki niewątpliwie więcej korzysta, niż inni, że dążąc do asystentury, jest już w danym dziale nieco podkształcony. Szkoda jednak, jaką ponosi przez zaniedbanie innych wykładów i klinik, jest znacznie większa i korzyść poprzednią czyni iluzoryczną, bo nie opiera jej na szerokiej ogólnej podstawie. Z tego też powodu byłbym za zniesieniem tej instytucyi.

To są myśli, które mi się nasuwały już od pierwszych kroków w życiu pozastudenckiem, praktycznem, częścią wśród osobiście przeniesionych zawodów i trudów, — bo wiele musiałem dorabiać sam, prawie bez wskazówek, z większym nakładem pracy i czasu, niżby to przy uwzględnieniu tych rzeczy już w czasie studyów, wymagało, — częścią wśród dyskusyi z kolegami, które mnie przekonały, że tesame braki odczuwają i inni. Uwagi te niech nie zostaną zrozumiane jako krytyka, lecz jako chęć oświetlenia sprawy ze strony tych, którzy poszli w życie i czynią przegląd przeszłości w tym zamiarze, by następcom swym ułatwić dojście prędzej i pewniej do celu.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

zmiana zużywcza, Abnutzungdegeneration.
barwliwość, Tingibilität, Tingierbarkeit.
truciźniany, toxicus.
jadotwórczy, toxogen.
mięknienie tchawicy, tracheomalacia.
podkład, Träger (patol.).
choroba, cierpienie urazowe, z urazu, traumatismus.
zabieg wstępny, Voroperation.
wytrzymały, zählebig.
nieprawidłowość, zboczenie, wadliwość rozwojowa, Fehlbildung, Dysontogenie.
rozmiękanie, Erweichungsprocess.
odporność tkankowa, Gewebsimmunität.
odporność przeciwjadowa, przeciwtruciźniana, Giftfestigkeit.
zakażenie powietrzne (jak leczenie powietrzne, choroba powietrzna), Luftinfektion.
jednostka uodporniająca, Immunitätseinheit. 9.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe d. 22 lutego 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 40.

I. a) Kol. Jurasz przedstawia i omawia przypadek **zarośnięcia krtani** skutkiem 6-dniowego pozostawania w krtani rurki intubacyjnej;

b) demonstruje przyrząd własnego pomysłu, pozwalający wprawić widełki stroikowe zawsze w jednakowe drgania.

W dyskusyi przemawia kol. Schramm.

II. Kol. Papée referuje sprawę **kasy zapomogowej** dla wdów po lekarzach.

III. Kol. Lenartowicz przedstawia i omawia następujące przypadki:

Chora R. G. l. 23. przyjęta na oddział kiłowo-skórny dn. 4. II. 1918. W 6. roku życia przebyła błonicę, przed laty 10 chorowała na tasiemca, zresztą żadnych chorób nie przebywała. Ojciec umarł w 42. r. życia na wybuch krwi. Matka żyje, zdrowa, tożsamo brat i dwie siostry. Choroby podobnej, jak ma chora, w rodzeństwie ani bliższem, ani dalszem, nikt niema. Choroba obecna miała się rozpocząć przed 3 laty, najpierw na dłoniach i podeszwach zgrubieniem skóry, bujaniem warstw zrogowaciałych naskórka, który łuszczył się, pękał i łatwo krwawił. Objawom tym towarzyszył mierny świąd. Zmiany na skórze w postaci ognisk czerwonych swędzących, i to silnie, miały wystąpić dopiero przed 8 miesiącami. Ogniska te poczęły grubieć i pokrywać się grubszą warstwą zrogowaciałego naskórka.

W chwili przyjęcia na oddział zmiany chorobowe dotyczyły głównie obu rąk i nóg, tak powierzchni dłoniowej i podeszwowej, jakoteż powierzchni grzbietowej. Tu hyperkeratoza była najwybitniejsza, skóra w całości zgrubiała, nie dająca się ująć w fałd, w dotknięciu szorstka, sprawia wrażenie tarełka. Podobne ogniska, rozmieszczone symetrycznie, widoczne były na kolanach i poniżej nich, tudzież w okolicach łokciowych i obu krętarzy. Zrogowaciały naskórek miał w wielu miejscach barwę brunatno białą, miejscami o połysku srebrzystym, jak przy łuszczycy. Błony śluzowe ust i części rodnych bez zmian.

W ciągu pobytu w szpitalu, zwłaszcza w dniach ostatnich, zauważyć można było powstawanie świeżych ognisk chorobowych, i to w okolicy obu łopatek, w okolicy sutków i podbrzusza. Ogniska te, jako świeże, różnią się od dawnych, są sino czerwone, mniej zgrubiałe i swędzą najsilniej. Stopniowo pokrywają się łuską srebrzystą. Najświeższe zmiany widać na twarzy, na policzkach i brodzie. Tu widać guzki rozsiane o połysku woskowym, wielokątnym konturze, początkowo płaskie, potem stożkowate, pokryte białą, silnie przylegającą łuską. Te guzki najlepiej świadczą, że w przypadku tym rozpoznać należy: **lichen ruber accuminatus**, a dotychczasowy przebieg każe przypuszczać, że chodzi o **lich. rub. accum. disseminatus acutus.** Stąd też i rokowanie musi być poważne.

Zamierzam leczyć chorą arsenem, i to śródżylnemi wlewaniami neosalwarsanu. Dn. 17. II. otrzymała już chora jedno wlewanie w ilości 0,45.

b) Chora S. A. l. 54. żona zarobnika. Przyjęta na oddział dn. 12. II. 1918 r. Dotąd zawsze zdrowa. Od 30 lat zamężna. Rodziła 7 razy. Wszystkie dzieci zdrowe, żyją. Dziedziczności wykazać nie można. Choroba obecna miała się rozpocząć w listopadzie 1916 r., zmianami pęcherzykowemi na obu kończynach dolnych. Pęcherzyki łatwo pękały, pozostawiając miejsca obnażone, sączące, piekące i dość silnie swędzące. W grudniu 1916. zasięgała z tego powodu porady lekarskiej i leczyła się przez dni 5 w szpitalu w Przemyślu podobno maścią cynkową, a wypuszczona została z poleceniem dalszego leczenia w domu. Nie leczyła się jednak, a zmiany pęcherzykowe rozszerzały się coraz bardziej, tak że od marca 1917 stan miał być już taki, jak obecnie. Widzimy tu całą skórę tułowia i kończyn a także twarzy zgrubiałą, ciemniej zabarwioną, pokrytą zaledwie tu i ówdzie pęcherzykami drobnymi wielkości prosa lub soczewicy o treści surowiczej lub surowiczo ropnej. Przeważają jednak ogniska, okazujące złuszczanie się naskórka suchego, zwisającego w strzępach. Widoczne to zwłaszcza na twarzy. Liczne białe blizny na ciemnej skórze tułowia świadczą o długiem już trwaniu choroby. Gruczoły w trójkącie Scarpy silnie powiększone, tożsamo gruczoły pachwinowe. Tak zmiany chorobowe jako też przebieg świadczą, że chodzi tu o **pemphigus chronicus pruriginosus.**

Chorą zamierzam leczyć również neosalwarsanem za przykładem kliniki Fingera. Pierwsze wstrzyknięcie śródżylne w ilości 0,45 neosalw. zastosowano dn. 17. II.

c) Chora S. R. l. 26. zarobnica. Na oddziale od dn. 9. II. 1918 r. Jestto **toczeń** (lupus vulgaris), trwający rzekomo od lat 4, a ciekawy tem, że choroba rozpoczęła się najpierw na podniebieniu, gdzie rozległe zmiany, przeszła na wargę górną i tu zajęła całą wargę, tak że zniszczyła ją, trzymając się ściśle rąbka wargi i jego przejścia w skórę. Nos, część policzków i skóra wargi górnej okazują świeże nacieki.

d) Chora S. N. l. 54., przyjęta na oddział okulistyczny prof. Macheka z powodu wysadzenia i ślepoty oka prawego. Chorą tę przysłano mi przed paru dniami z powodu osutki plamistej, która miała wystąpić już na oddziale dzień przedtem. Rozpoznałem **erythema toxicum,** które też wkrótce ustąpiło i nie z tego powodu chorą przedstawiam. Dziś bowiem niema śladów rumienia, natomiast w skórze klatki piersiowej, głównie po stronie lewej i w skórze ramienia lewego wyczuć można guzki wielkości soczewicy i grochu nieznacznie nad poziom skóry wyniosłe, twarde, dotąd nie bolesne, barwy sinawej. Obraz ten odpowiada: **Sarcomatosis cutis multiplex,** a prawdopodobnie wysadzenie i zmiany oka prawego również wywołane są guzem tego samego charakteru.

IV. Kol. Orzechowki zdaje sprawę ze stanu biblioteki Towarzystwa.

V. Kol. Lenartowicz jako skarbnik zdaje sprawę ze stanu majątku Towarzystwa.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska wę Lwowie.

XXI. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 28 listopada 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

2. Odczytano pismo Wydziału wykonawczego, zawiadamiające, że Ministerstwo spr. wewn. oświadczyło, iż lekarzy do klasy ciężko pracujących zaliczać nie może. Uchwalono złożyć do aktów.

2. Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa, które podaje do wiadomości swe zarządzenie do starostw, ażeby w myśl żądania Izby wydawano lekarzom w ścisłym terenie wojennym legitymacye do podróży i ułatwiano uzyskanie podwód w razach wyjazdów do chorych na prowincyę.

3. Na pismo Dr A. R. z St. uchwalono poinformować go, w jaki sposób może dostać odszkodowanie za poniesione szkody wojenne.

4. Aptekarz Gomuliński z Perechińska zawiadamia, że w miejscu jest posada wolna dla lekarza. Uchwalono odpowiedzieć mu, by to ogłosił w »Przeglądzie lek.«

5. Prezydent zawiadamia, że odbyła się wspólna konferencya z Izbą adwokacką, notaryalną i inżynierską celem poczynienia starań o przyznanie lekarzom większych kredytów i zmianę w sposobie oprocentowania tychże, tak jak to przyznano właścicielom większych posiadłości. Izba adwok. ma wnieść imieniem wszystkich zawodów dotyczący memoryał do Rządu, a prócz tego ma każda Izba wnieść osobne przedstawienie do odnośnego Ministerstwa. Prezydent zażądał już od wszystkich lekarzy, którzy wnieśli prośbę o pożyczkę za pośrednictwem Izby, aby odpowiedzieli, jak podania ich zostały załatwione. — Uchwalono, aby odnieść się także do Zakładu kred. wojenn. z zapytaniem, którym z lekarzy i w jakiej wysokości dano dotychczas pożyczkę.

6. Uchwalono poinformować się w sprawie odszkodowania dla lekarzy, którzy wskutek wojny utracili całe mienie.

7. W sprawie podwyższenia dyet za szczepienie i komisye polityczne odczytał referent Dr Drzymalik dwa obszerne memoryały do Namiestnictwa i Wydziału kraj., w których domaga się podwyższenia dyet o 200% i dostarczenia o ile możności podwód. Przyjęto bez zmian i uchwalono wysłać.

8. Biuro krajowej Komisyi opieki nad inwalidami wojennymi przesyła pismo Czerwonego Krzyża w sprawie wyszkolenia

ociemniałych inwalidów na zawodowych masażystów. Referent Dr Mikołajski oświadczył się w obszernym memoryale przeciw temu projektowi, gdyż masaż jest czysto lekarskim zabiegiem i szkodliwem jest wprowadzenie ociemniałych inwalidów w praktykę partaczy ieczniczych. Wydział Izby przyjął memoryał w całości i uchwalił przesłać odpis jego Izbie lek. krakowskiej z zaproszeniem, aby się do tej akcyi przyłączyła.

9. Uchwalono zaopiniować przychylnie prośby o pożyczki do wojennego Zakładu kred. Dr S. P. z L., Dr A. R. z H., i Dr A. S. ze L.

XXII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 5 grudnia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

1. Prezydent zawiadamia, że w odpowiedzi na memoryał, wniesiony przez naszą Izbę w sprawie podwyższenia taks sądowo-lekarskich, nadeszło pismo z Wydziału wykonawcz. Izb tej treści, że minister sprawiedliwości obiecał sprawę przychylnie załatwić, o ile minister finansów na to się zgodzi. Jest więc pożądanem, aby każda Izba uprosiła swoich posłów o poparcie. Dalej podaje Prezydent do wiadomości, że wysłał już nasz memoryał posłowi Głąbińskiemu, a Izby lekarskie styryjska i salzburska przyłączyły się do naszej akcyi.

2. Dr S. W. w T., obecnie lekarz wojsk. w Piotrkowie, prosi Izbę o interwencyę w sprawie należnej mu płacy lekarza okręg. Uchwalono odpowiedzieć, że jako stabilizowanemu lekarzowi okręg. płaca mu się należy, powinien więc od Wydziału powiat. zażądać, a w razie odmowy zawiadomić Izbę.

3. Zaopiniowano prośby o pożyczki do Zakładów kredytowych wojennych, a to mianowicie: Dr W. L. z W., Dr M. S. z W. O., Dr A. L. z S. W., Dr S. W. z D. i Dr K. D. z L.

4. Odpisano częściowo opłaty do Izby lekarzom Dr E. R. z P., Dr. I. M. z L., Dr T. K. z L., i Dr J. L. z N.

5. Zatwierdzono z pewnemi zmianami taryfę lekarską dla Gródka, nadesłaną Izbie lek. do zaopiniowania przez tamtejszych lekarzy. Na końcu taryfy ma być umieszczona następująca klauzula: »Powyższa taryfa jest przeciętną; dla zamożniejszych osób może być podwyższona; dla mniej zamożnych, w wypadkach zasługujących na uwzględnienie można obniżyć o 50%«.

Rada honorowa.

1. Odczytano pismo Dr Z. z K. i uchwalono mu odpowiedzieć, że sądowi polubownemu należy się poddać bez prawa odwołania.

2. Odczytano pismo c. k. Dyrekcyi policyi, która przesyła relacyę Komendy wojskowej, że Dr M. B. z L. wydał bezpodstawne świadectwo dla wojskowego celem otrzymania przez tegoż urlopu. Uchwalono zawezwać Dr B. do oświadczenia się.

XXIII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 19 grudnia 1917.

Obecni· Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

1. Prezydent odczytuje telegram ministra Dr Twardowskiego w sprawie obsadzenia ministerstwa zdrowia siłami krajowemi. Uchwalono podziękować za uwzględnienie życzeń Izby i przesłać odpowiednie przedstawienie tak ministrowi Dr Twardowskiemu, jak i ministrowi zdrowia Dr Horbaczewskiemu.

2. Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa w Lincu w sprawie uzyskania pensyi dla wdowy p. Koczurbowej, której mąż umarł w Austryi W. na tyfus. Rząd przyznał dodatkowo różnicę między pensyą kolejową a rządową, wskutek czego wdowa otrzyma po 200 k. rocznie więcej, tak dla siebie jak i dzieci.

3. Pani G., żona Dr I. G. z S., prosi o wskazanie drogi celem przeniesienia jej męża, powołanego do wojska, do szpitala wojskowego w jego miejscu osiedlenia. Uchwalono poradzić jej, ażeby postarała się o poświadczenie gminy co do braku tamże lekarza, a wówczas Izba poprze prośbę w ministeryum obrony kraj.

4. W sprawie pozostawienia lekarzy, zajętych przy szpitalach Czerwonego Krzyża we Lwowie, także i po rozwiązaniu tegoż szpitala, uchwalono poradzić dyrektorowi tegoż szpitala Dr Bylickiemu, aby Prezydent Czerw. Krzyża wniósł odpowiednią reklamacyę, którą Izba chętnie poprze.

5. Zaopiniowano podanie Dr D. ze L. o zamianowanie go rzeczoznawcą z dziedziny neurologii i psychiatryi.

6. Udzielono zapomogi wdowom po lekarzach: Gaweckiej 200 k, Kmiotkowej 100 k, Hryniewiczowej 100 k, Romaszkanowej 50 k, Jaciowowej 100 k, Langowej 75 k, Eisensteinowej 100 k.

7. Zaopiniowano podania o pożyczkę Dr J. F. ze L.; Dr J. M. ze L. i Dr J. B. z J.

8. Odpisano wkładki izbowe Dr A. J. z W. do połowy, zaś podobnej prośby Dr J. W. z D. nie uwzględniono.

XXIV. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 2 stycznia 1918.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Zion.

1. Naczelnictwo c. k. Sądu pow. w Kozowie zwraca się do Izby celem spowodowania osiedlenia się lekarza tamże. Uchwalono akt odesłać do Komitetu namiestnikowskiego i ogłosić w »Przeglądzie lek.«

2. Przyjęto do wiadomości zawiadomienie Towarzystwa lekarzy galic. ze spisem udzielonych zapomóg 43 wdowom po lekarzach.

3. Wydział Wykonawczy Izb. lek. zawiadamia, że w sprawie przydziału spirytusu denaturowanego dla lekarzy ministerstwo spraw. wew. w porozumieniu z ministerstwem finansów zgodziły się w zasadzie na przydział z tem, aby spirytus wydawany był za pośrednictwem Izb lekarskich. Co do rozdziału nafty uchwalono zawiadomić lekarzy na prowincyi, aby wprost w starostwach żądali zwiększonego przydziału na podstawie odnośnego zarządzenia Namiestnictwa.

4. Odczytano pismo Dr Heinego i Dr Skórskiego w Złoczowie w sprawie podwyższenia dyet sądowolekarskich. Uchwalono zwrócić ich uwagę na ogłoszenie w »Przeglądzie lek.« dotyczące dotychczasowych starań Izby w tym względzie, a co do żądania honoraryum za stratę czasu wyjaśnić, że przekracza to kompetencyę sądu, a należy do c. k. Ministerstwa sprawiedl.

5. Towarzystwo lekarskie lw. prosi o wyznaczenie delegata do stałej ankiety w sprawach sanit. kraju. Wybrano prezydenta Dr Papéego.

6. Pani K., wdowa po lekarzu w Kołomyi, prosi o roczną pensyę i odszkodowanie za poniesione szkody wojenne. Uchwalono odpisać, że Izba niema funduszów na udzielenie pensyi, natomiast podanie jej z poparciem przeszle do Centrali dla odbudowy Galicyi.

7. Zaopiniowano podania do Zakładów wojennych kredytowych, a to Dr K. Z. ze L., Dr D. E. ze L., Dr O. K. z K., Dr A. R. z S. i Dr S. A. z S.

8. Uwolniono częściowo od wkładek izbowych Dr E. D. ze L. i Dr E. F. z D.

XXV. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 15 stycznia 1918.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Zion, Schellenberg.

1. Miejski wojenny Zakład kredytowy przesyła na żądanie Izby imienny wykaz lekarzy, których podania o pożyczkę zostały pomyślnie załatwione.

2. Prezydent Izby, jako delegat Izby do Krajowej Rady zdrowia, zdaje sprawę z posiedzenia tejże Rady, odbytego w dniu 10. stycznia. Wydział Izby udziela Prezydentowi dyrektywę w sprawie używania inwalidów jako masażystów, która to sprawa ma być traktowana na następnem posiedzeniu Krajowej Rady zdrowia.

3. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 23. lutego 1918.

4. Przyjęto do wiadomości pismo Zjednoczenia lekarskiego we Wiedniu, zapraszające na zjazd w Berlinie, mający się odbyć od 23. do 26. stycznia b. r.

5. Na skutek telegramu Ministra Dr Twardowskiego w sprawie kandydatów na kierownicze miejsca w Ministerstwie zdrowia przeprowadzono ogólną dyskusyę.

6. Zaopiniowano wnioski kredytowe Dr A. P. z T., J. R. z S., I. M z S., L. B. z M. i A. L. z G. L.

Rada honorowa.

Sprawa wydania świadectwa lekarskiego przez Dr M. B· z L. Po odczytaniu wszystkich dotyczących aktów stawia referent wniosek o wdrożenie dochodzenia dyscyplinarnego. Przyjęto większością głosów i uchwalono rozpisać ustną rozprawę.

XXVI. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 30. stycznia 1918.

Obecni: Prez. Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Zion.

1. Odczytano pismo Wydziału krajowego, który na skutek memoryału Izby lek. uchwalił przyznać lekarzom na czas wojny za szczepienie ospy dodatek drożyźniany do dyet w wysokości 40—50% od stycznia 1917. Co do żądanego podwyższenia kilometrowego, to w tym względzie zwróci się Wydział kraj. do c. k. Namiestnictwa z przedstawieniem potrzeby zmiany. Co się tyczy podwyższenia dyet za tłumienie epidemii, to wedle oświadczenia w c. k. Namiestnictwie może to nastąpić jedynie drogą rozporządzenia dla całej Monarchii. Uchwalono więc na razie poradzić lekarzom, by, opierając się na § 27 ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych z r. 1913, zawierali osobne umowy ze Starostwami z żądaniem 15 koron dyety dziennej.

2. Centralny Zakład wiedeński dla wdów i sierot po lekarzach zawiadamia, że na Izbę wsch.-galic. przypada za r. 1917 kwota koron 2.505·26 do rozdziału.

3. Izba lekarska wiedeńska zawiadamia, że Dr K. i Dr M. zgłosili swój pobyt w Wiedniu do Izby, ale opłaty nie złożyli.

4. Prezydent zawiadamia, że 2. lutego ma się odbyć w Wiedniu posiedzenie prezydentów wszystkich Izb lekarskich, a na porządku dziennym: potrzeba utworzenia Ministerstwa zdrowia.

5. Prezydent podaje do wiadomości, że w Izbie adwokatów odbyło się posiedzenie Izb i innych instytucyi celem poczynienia kroków o zniesienie obszerniejszego terenu wojny w kraju i ograniczenie ściślejszego terenu do istotnej rzeczywistej potrzeby. Memoryał w tej sprawie uchwalono wnieść do Rządu i Komendy armii.

6. Magistrat m. Stanisławowa prosi o poczynienie kroków w celu pozyskania okulisty dla miasta, względnie o zwolnienie osiadłego tam przed wojną Dr Gruszkiewicza od służby wojskowej, lub przeniesienie go w tym charakterze do Stanisławowa. Uchwalono podanie poprzeć i przesłać do Komendy armii.

7. Zaopiniowano odmownie podanie o koncesyę na nową aptekę we Lwowie.

8. Udzielono informacyi c. k. Administracyi podatków w sprawie Dr Ł.

9. Prezydent zdaje sprawę z odbytego w dniu 26. stycznia posiedzenia Krajowej Rady zdrowia.

10. Zaopiniowano wnioski kredytowe Drów: J. R. ze L., M. M. z S., W. I. z Z., S. K. R. z T., I. S. z M., W. M. ze L., W. F. ze L. i S. R. z K.

11. Uwolniono częściowo od opłat izbowych Dr A. C. z S. i Dra T. W. ze L.

Rada honorowa.

12. W sprawie zażalenia Dr M. z S. na Dr R. Z. z K. odczytano oświadczenie Dr Z., iż zgadza się na sąd polubowny bez zastrzeżeń i uchwalono rozpisać rozprawę ustną na 2. marca 1918.

13. Odczytano pismo pani R. P., zawierające zażalenie na Dr T. S. ze L. z powodu obrazy pisanej na otwartej kartce. Uchwalono zawezwać Dr P. do oświadczenia się.

XXVII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 6. lutego 1918.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion.

1. Centrala spirytusowa zawiadamia, że Ministerstwo skarbu przyznało na czas do sierpnia 1918 lekarzom przynależnym do Izby 1600 litrów spirytusu denaturowanego. W sprawie poboru i rozdziału odbył Prezydent razem z Dr Zionem konferencyę z dyrektorami tutejszej ekspozytury, którzy mają zasięgnąć jeszcze niektórych informacyi w Centrali.

Przy tej sposobności uchwalono wnieść do Ministerstwa skarbu przedstawienie z powodu zbyt nizkiego przydziału spirytusu dla naszej Izby w porównaniu z innemi Izbami.

2. Przyjęto do wiadomości, że statut Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach został przez c. k. Ministerstwo zatwierdzony.

3. Prezydent odczytał obszerny i szczegółowo uzasadniony memoryał do Ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie podwyższenia udzielanych kredytów dla lekarzy, którzy doznali bezpośrednio lub pośrednio szkód wojennych. Przyjęto w całości i uchwalono przesłać do Ministerstwa dla Galicyi i Ministerstwa zdrowia.

4. Zaopiniowano wnioski kredytowe Drów L. S. z Z., J. B. ze L., Z., Z. L. z K.

5. Uchwalono odpisać opłaty izbowe Drowi A. B. z S. za lata 1915—1917, ponieważ w tym czasie przebywał jako zakładnik w Rosyi.

6. Członek Wydziału Dr Schellenberg porusza szkodliwe dla zdrowia publicznego praktyki, a mianowicie:

a) uprawianie partactwa przez optyków (ordynowanie szkieł);

b) sprzedaż przez rozmaitych kupców lub fryzyerów metalowych, gumowych i chemicznych środków ochronnych;

c) trudności przy uzyskaniu dla lekarzy dorożek i miejsca w przepełnionych wozach tramwajowych.

Uproszono wnioskodawcę, by konkretne wnioski przedłożył Wydziałowi na piśmie.

Rada honorowa.

7. Prezydent zawiadamia, że wezwany na dzisiejszą rozprawę Dr M. B. z L. z powodu choroby nie mógł przybyć.

8. Zażalenia pana D. z L. na Dr C. z L. oddano do referatu.

9. Zażalenie pana O. na Dr D. w Ł. uchwalono przesłać Dr D. do oświadczenia się.

10. Zażalenie pani K. M. na Dr F. B. z D. uchwalono przesłać Dr B. do oświadczenia się.

11. W sprawie zażalenia prof. Dr R. na magistra chir. K. uchwalono poinformować skarżącego, że sprawa nie należy do kompetencyi Izby lekarskiej, a raczej kwalifikowałaby się do Sądu z powodu zaniedbania przypadku. Zresztą Izba przeprowadziła w tej sprawie dochodzenia, które wykazały, że chir. K. był tylko raz wezwany do chorego i że wtedy trudno mu było rozpoznać chorobę.

XXVIII. Posiedzenie nadzwyczajne Wydziału Izby z dnia 27. lutego 1918.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Mikołajski, Schellenberg, Zion.

Na porządku dziennym sprawa przyłączenia się do ogólnego narodowego protestu przeciw warunkom układu pokojowego, zawartego w Brześciu litewskim. Po przemówieniu Prezydenta Wydział uchwala przyłączyć się do protestu i wziąć udział w mającym się odbyć pochodzie manifestacyjnym.

XXIX. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 19. lutego 1918.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion.

1. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia. Do tego protokołu zabiera głos Dr Drzymalik i wyraża imieniem lekarzy ruskich radość z powodu pierwszego honorowego pokoju, zawartego przez Monarchię z Ukrainą w Brześciu litewskim.

2. Celem położenia tamy rosnącej lichwie tytoniowej prosi miejski Urząd gospodarczy o podanie nazwisk członków Wydziału Izby, którzyby chcieli wziąść udział w akcyi kontrolowania trafik. Wybrano Dr Schellenberga i Dr Ziona.

3. Galicyjski wojenny Zakład kredytowy podaje nazwiska lekarzy, którzy otrzymali pożyczkę, albo których podania są w toku.

4. Ułożono porządek dzienny mającego się odbyć dnia 23. lutego posiedzenia pełnej Izby, przyczem uchwalono z powodu zwiększonych wydatków zaproponować pełnej Izbie podniesienie opłat izbowych na r. 1918 na 24 kor.

5. Uchwalono zawezwać zastępcę członka Izby Dr M. ekspresowym listem, ażeby pod zagrożeniem dyscyplinarnego dochodzenia przybył na posiedzenie pełnej Izby 23. lutego.

6. Zaopiniowano wnioski kredytowe następujących lekarzy: Dr J. W. z P., Dr W. S. z Z., Dr F. L. z I., Dr W. R. ze L., Dr I. R. ze L., Dr S. W. z S., Dr I. S. z M., Dr E. M. ze L., Dr I. M. z D.

7. Uchwalono oświadczyć się przychylnie w sprawie koncesyi na nową aptekę w Sokalu, natomiast odmownie w sprawie nowej apteki w Drohobyczu.

Rada honorowa.

8. Referent odczytuje zażalenie nadradcy D. przeciw prof. Dr C. ze L. Uchwalono przesłać zażalenie prof. C. w oryginale do oświadczenia się.

Wiadomości zawodowe.

Kasa pensyjna dla wdów po lekarzach przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. Dnia 27. czerwca b. r. odbyło się Walne Zgromadzenie świeżo przy Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej założonej Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach. Bodźcem do założenia tej instytucyi, opartej na wzajemności, było dla Wydziału Izby doświadczenie wieloletnie, pouczające, jak często wdowy po lekarzach pozostają w ciężkich stosunkach materyalnych i zmuszone są uciekać się do tak skromnych zapomóg z funduszów izbowych. Założona obecnie kasa pensyjna jest subwencyonowana z funduszów Izby i Izba lekarska wschodnio-galicyjska gwarantuje swoim majątkiem wypłacalność zobowiązań kasy. Byłoby więc bardzo pożądanem, ażeby ani jeden z kolegów żonatych nie ociągał się z przystąpieniem na członka.

W skład Wydziału weszli następujący koledzy: Dr Józef Czaczkowski, Dr Ludwik Daum, Dr Maks Jonas, Dr Norbert Lilien, Dr Stanisław Prebendowski, prof. Dr Roman Rencki, Dr Stanisław Zabłocki i Dr Oswald Zion. Przewodniczącym Wydziału w myśl statutu jest Prezydent Izby lekarskiej Dr Jan Papée. Zastępcą przewodniczącego mianował Wydział Dr Kazimierza Bocheńskiego. Zastępcami członków Wydziału wybrano Dr Tadeusza Praschilla, Dr Bolesława Kwaśniewskiego, Dr Maurycego Grabscheida i Dr Michała Wiktora. W skład sądu polubownego weszli Dr Bogumił Bieńkowski, Dr Maksymilian Herman, doc. Dr Kazimierz Orzechowski, Dr Jakób Offe i Dr Waleryan Madejewski, jako zastępcy Dr Józef Aleksiewicz, Dr Karol Schneider, Dr Adam Lewinter, Dr Samuel Meisels i Dr Bronisław Sabat.

† Dr Jan Rostkowski.



W dniu 5. lipca r. b. w Warszawie zginął z ręki zabójcy ś. p. Dr Jan Rostkowski, syn Antoniego, lekarza zarządzającego szpitalem w Mieni i Bronisławy z Chmielewskich. Ś. p. J. Rostkowski urodził się w r. 1886 w miasteczku Kleczewie w ziemi Kaliskiej; ojciec podówczas był tam lekarzem wolnopraktykującym. Do szkół uczęszczał w Kaliszu, następnie w Warszawie, gdzie ukończył szkołę Chrzanowskiego. Studya uniwersyteckie odbywał w Kijowie. Po otrzymaniu dyplomu w r. 1912 pracował w Warszawie w szpitalu św. Ducha pod kierunkiem prof. A. Sokołowskiego, następnie w charakterze lekarza miejscowego w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Trzy niespełna lata ostatnie przebył na stanowisku lekarza ordynującego w szpitalu św. Wojciecha na Pradze, przeznaczonym dla chorych na tyfus plamisty. Był prócz tego lekarzem sanitarnym XV okręgu m. Warszawy i na tem stanowisku również odznaczył się w walce z tyfusem wysypkowym, groźnie się szerzącym. Jakkolwiek wiedział dobrze, na jakie niebezpieczeństwo się naraża, oddał się chorym z całem zaparciem się siebie. Pracował praktycznie i teoretycznie, rozszerzając swą wiedzę i nie szczędząc swych skromnych dochodów na środki naukowe. Dla chorych i służby był dobrym i nawzajem przez nich był bardzo lubianym. W szpitalu św. Wojciecha zajmował się specyalnie zastosowaniem nakłucia lędźwiowego i wstrzykiwań płynu mózgowordzeniowego w tyfusie wysypkowym, dążąc do ustalenia wskazań tej metody. Podjął na sobie próby uodpornienia przeciwko tyfusowi wysypkowemu przez wstrzyknięcie płynu mózgowordzeniowego, pochodzącego od rekonwalescenta. W dwa miesiące później, bezpośrednio po bezrobociu służby szpitalnej, zapadł sam na tyfus wysypkowy i szczęśliwie i lekko chorobę tę przebył. Po wyzdrowieniu z niesłabnącym zapałem wziął się do dalszej pracy. Na kilka dni przed śmiercią marzył o dalszych studyach zagranicą, a na kilka jeszcze minut przed zgonem omawiał z kolegą plan przyszłej pracy wspólnej w szpitalu. Nieubłagane fatum — w postaci żądnej bezmyślnego niszczenia ręki uzbrojonego zbója — przerwało życie tej młodej, rwącej się do życia i pełnej życia postaci, pozostawiając osieroconej rodzinie ból niepomierny i beznadziejny, a żal szczery i głęboki wśród najbliższych współpracowników. Zaiste trudno o większą tragedyę! Niech śpi spokojnie to młode, tyle obiecujące serce, śmiertelnie zranione!

Warszawa i Praga uczciły szczątki ś. p. J. Rostkowskiego w dniu 8. lipca wspaniałym pogrzebem, a nad grobem tłum osób odśpiewał »Boże coś Polskę« i »Rotę«. Zgrzytem było wystąpienie przedstawiciela policyi, który przerwał jedno z przemówień.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział lekarski habilitował Dr Józefa Jaworskiego z Warszawy w zakresie położnictwa i ginekologii, a Dr Bolesława Dębińskiego z Warszawy w zakresie medycyny wewnętrznej. Wykłady habilitacyjne odbyły się 19. b. m., tematem wykładu Dr Dębińskiego była: »Niedomoga serca jako zespół końcowy schorzeń układu naczyniowego i oddechowego«, a Dr Jaworskiego: »O zmianach w ustroju i zaburzeniach w sferze płciowej kobiet pod wpływem warunków wojny«.

Z różnych stron. Na porządku dziennym peszteńskiego Zjazdu Zjednoczenia lekarskiego państw centralnych (Waffenbrüderliche Vereinigung) w d. 21—23 września b. r. znajdują się sprawy: reorganizacyi studyów lekarskich i dalszego kształcenia się lekarzy, zwalczania zimnicy, organizacyi opieki nad inwalidami, higieny rasy i polityki zaludnienia. Biuro Zjazdu mieści się w I klinice okulistycznej Uniwersytetu w Peszcie VIII.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 3 sierpnia 1918. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Endarteriitis luetica subcorticalis.

Podał

Dr Tadeusz Rogalski.

Ogłaszanie każdego przypadku chorobowego, w którym czy to z powodu trudności rozpoznawczych, czy też niezwykłości i rzadkości schorzenia dopiero wynik badania anatomo-patologicznego wyjaśnia daną sprawę chorobową, ma tę niezaprzeczoną wartość, że przyczynia się do ściślejszego ujęcia symptomatologii schorzenia, zwłaszcza, o ile dotychczasowe badania i kliniczne i histopatologiczne nie wyjaśniły, lub nie ograniczyły dostatecznie zmian chorobowych.

W zakresie chorób nerwowych i umysłowych, gdzie, mimo bogactwo kliniczne objawów, rozpoznanie różniczkowe na poważne nieraz natrafia trudności, są takie kazuistyczne przyczynki tem bardziej uzasadnione.

Literatura zaburzeń umysłowych, wywołanych schorzeniem kiłowem naczyń mózgowych mniejszego kalibru, znanem pod nazwą »endarteriitis«, jest dotychczas bardzo jeszcze uboga. Wliczywszy przypadek Schülego z r. 1872 (wskutek nieznajomości ówczesnej odpowiednich metod badania niedokładnie obrobiony i niebardzo nadający się do porównawczych celów), który prawdopodobnie tutaj należy, posiadamy zaledwie 11 dokładniej zbadanych i przedyskutowanych przypadków, a brak wogóle jeszcze odpowiednika klinicznego tej jednostki chorobowej. Nie od rzeczy więc może będzie opublikowanie przypadku, który także i z tego względu jest ciekawy, że usadowienie sprawy chorobowej jest niezwykłe, a w samej substancyi mózgowej są zmiany, dotychczas w tej formie schorzenia kiłowego nie opisywane.

Przebieg choroby przedstawia się w skróceniu następująco: Anna Marya S., robotnica fabryczna, urodz. r. 1887, rozwijała się jako dziecko prawidłowo, uczyła się dobrze, wesoła, ale spokojna. W 7. roku życia błonica. Po skończeniu szkoły ludowej pracowała w różnych fabrykach; z powodu blednicy nie mogła jednak od 16. roku życia podołać cięższej pracy, a w 18. roku z tego samego powodu przymusowo wypoczywała przez kwartał. Napojów wyskokowych nie używała, niezamężna. W 21. roku (1908) zaszła w ciążę, w początku jej uległa jakiemuś wypadkowi, po którym była jakiś czas bezprzytomna, krwawiła z nosa, nie było jednak innych objawów mózgowych. W październiku 1908 poród bez komplikacyi i gorączki, ale z dłuższem następowem osłabieniem połączony. W 6 tygodni po porodzie pracowała jeszcze dni 14.

W połowie grudnia zaczęła się właściwa choroba: Chora upada parę razy z powodu »osłabienia«, narzeka na gwałtowne bóle głowy, dużo płacze, niespokojna, cierpi na bezsenność. Wkrótce zaczyna mówić od rzeczy, zachowuje się uderzająco pod widocznym wpływem złudzeń umysłowych (»jacyś ludzie pukają do okna, chcą ją zabić« i t. d.). 30. I. 1909 przyjęta do szpitala, z początku z powodu urojeń otrucia nie chce przyjmować pokarmów, potem je obficie, leży spokojnie, w nocy śpi i nie zanieczyszcza się. Przeważnie smutna, zalękniona. »Dziś mój dzień śmierci«, »dziś wraz z dzieckiem zostanę zabita«, »ludzie z drugiego pokoju opowiadali jej, że będzie więzioną, ponieważ nie oszczędzała, wszystko przejadała, pieniądze zdefraudowała« i t. p. Niejednokrotnie wyraża smutne te urojenia ze śmiejącą się twarzą.

16. marca 1909 przeniesiona do zakładu dla umysłowo chorych, jest spokojna, dziecinna, zachowuje się jednak negatywistycznie; je nieregularnie, czasem moczy, leży bezczynnie. Zapytywana o dziecko wymyśla na ewangielików, wolnomularzy, którzy ją uwieść mieli. Opowiada, »że w szpitalu dawano jej ludzkie mięso, tutaj zaś chcą ją zarznąć«.

Z czasem staje się chora więcej podnieconą, śmieje się i płacze, ma naprzemian urojenia prześladowcze i wielkości: »jest królową wschodu, kochanką królewską«, »znajduje się wprawdzie w zakładzie dla obłąkanych, ale sama obłąkaną nie jest; mieszka tutaj z królem, który uratował ją od zagłady w ojczyźnie«. »W kąpieli chcą z niej zrobić Genowefę, ale aniołowie stróżowie bronią ją od tego; słyszy ich mówiących, tak jak i Boga, który zabrania jej tknąć i mówi jej, że nie umrze«. Urojenia te nie są wypowiadane w związku, w ciągłości; są one zestawieniem odpowiedzi na różne pytania. Nazwisko swoje, miasto rodzinne i datę urodzenia podaje dokładnie, nie oryentuje się jednak co do czasu. Wiadomości historyczne i geograficzne bardzo skąpe. Najprostszych przykładów działań arytmetycznych rozwiązać nie może, z czego zdaje sobie sprawę: »jestem tak głupia, jak długa, ale królową mimo to zostałam«. — Poczucie choroby tylko względne: wie, że »jest słaba i dlatego chodzić nie może«.

Badanie cielesne, z powodu oporu chorej utrudnione, wykazuje: Długość ciała 158 cm, obwód głowy $53^1/_2$ cm, waga 43 kg, ciepłota prawidłowa, podściółka tłuszczowa słaba, skóra bardzo blada, wilgotna, gruczoły piersiowe wiotkie, na grzbiecie i piersiach liczne ślady drapania; ruchy gałek ocznych wolne, źrenice miernie szerokie, równe, oddziałują żwawo na światło i akkomodacyę, lekkie wysadzenie gałek ocznych; zęby ustawione nieregularnie, odruch podniebienny zniesiony, gardłowy zachowany. Serce prawidłowej wielkości, szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną, tętno małe, przyspieszone (108, po lekkiem podnieceniu 160—170), naczynia miękkie. Gruczoły szyjne i pachwinowe wybitniej nie powiększone. Mierne stany spastyczne w kończynach górnych, silne w kończynach dolnych, siła mięśniowa zachowana, chód powolny, niepewny, spastyczno-porażny. Objaw Romberga ujemny, odruchy brzuszne zniesione, kolanowe bardzo żwawe, obustronne drganie stopowe (prawe silniejsze), odruchy podeszwowe zachowane, objaw Babińskiego ujemny. Zaniki mięśniowe, szczególnie w zakresie rąk i łydek. Chora widzi i słyszy dobrze, niema tarczy zastoinowej; mocz jasny, ciężar gatunkowy 1005, oddziaływanie słabo-alkaliczne, białka i cukru niema. Na przekłucie lędźwiowe rodzina się nie zgodziła.

Dalszy przebieg choroby (wiosna i lato 1909 r.) przedstawia się następująco: Chora bywa najczęściej nieumotywowanie wesołą, dziecinną, często głupkowato uśmiechniętą, stale bezczynną, czasem erotycznie podnieconą, nie odpowiada na zadawane pytania. Urojenia prześladowcze i wielkości trwają dalej: raz utrzymuje, »że jest Matką Boską, to znowu córką Boga i Matki Boskiej. Judasz Iskaryota rodzi same idyotyczne dzieci, biega z nożem i chce zabić wszystkich ludzi głęboko wierzących. Tak on, jak i wszyscy źli ludzie, zioną trucizną, ona tylko jedna jest bez trucizny. Musi jechać do Rzymu modlić się do nowego Boga. Urodziła się w trzech miejscach: w Rzymie, Pradze i niebie, posiada miliardy miliardów i dobra ziemskie; studyowała dużo«. W te zdania wplata bez związku urywki wesołych piosenek. Zapytana, czy nie była robotnicą, obraża się i staje się grubiańską. »Posiada wielu mężów; z jednym księdzem miała 10 dzieci, z innymi ludźmi także dziesięcioro. Dzieci te rodzi w przeciągu 5 minut, a te, które z księdzem miała, nawet prędzej.

Przez długi czas była w niebie i tam nauczyła się hypnotyzować«. Odwiedzających ją krewnych nazywa gadami, nie przyjmuje przyniesionego jedzenia; w potrawach zakładowych doszukuje się gnojówki, szczurów, mięsa ludzkiego. Podczas zwykle bardzo obfitych miesiączek jest silnie osłabiona. Czasem występuje ślinotok, czasem artykulatoryczne zaburzenia mowy. Niedowład prawej nogi coraz silniejszy.

Wcierania rtęciowe, zastosowane w pierwszych tygodniach pobytu chorej w zakładzie, pozostały bez skutku.

W lipcu i sierpniu 1909 r. poprawił się stan chorej naprzód fizycznie (może pod wpływem podawanego jodu), następnie i psychicznie. Szuka jakiejś pracy, pomaga pielęgniarkom, staje się dostępniejsza, je dobrze i nie objawia żadnych urojeń. Jakkolwiek stany spastyczne w nogach nie pozwalają chorej na dłuższe chodzenie, przechodzi się po ogrodzie, schodzi nawet bez pomocy z I. piętra. W październiku doznaje zawrotów głowy, szczególnie przy schodzeniu ze schodów. W grudniu stan jeszcze znośny. Chora próbuje uciekać z zakładu; przyprowadzona z powrotem krzyczy i broni się zaciekle. Umieszczona na oddziale dla mniej spokojnych staje się znów uległą i pilną. Nie wie, kiedy się urodziła, ile ma lat, pamięta tylko, ile godzin ma dzień.

W lutym 1910 r. stany spastyczne nóg zwiększone, odruchy jeszcze silniej wzmożone, zaniki wybitniejsze w zakresie rąk i łydek. Chora przeważnie leży, najwyżej parę kroków postąpić może, narzeka na ból brzucha, gryzie z trudnością; odżywiana przeważnie płynami. Kilka razy zauważono podwójne widzenie. Czasami pojawiają się jeszcze urojenia wielkości: »zakład do niej należy«, »z aniołem stróżem ma dziecko, które on zabił szablą« i t. d.

4. IV. przytomność przyćmiona, na ukłucie igłą oddziałuje słabo, często wymiotuje. Obustronne opadnięcie powiek, raz silniejsze, raz słabsze; potrafi je podnieść przy natężeniu. Oddziaływanie źrenic zachowane. Od 8. IV. chora przestaje mówić, często krzyczy. Obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Tętno 120, szmer nad zastawką dwudzielną; waga gwałtownie spada. 12. IV. opada szczęka dolna, siły słabną. Od 20. IV. nie przyjmuje chora pokarmów, bełkocze. Wymioty trwają dalej. Opadnięcie powiek i szczęki dolnej raz większe, raz mniejsze. Lokalizacya bólu utrzymana. 26. IV. fizycznie i umysłowo jest chora zupełnie niedołężna. 27. IV. wymioty czarniawym pienistym płynem, język i wargi obłożone osadem. Chora oddaje mocz i stolec pod siebie, silny fetor ex ore, powieki opadnięte. 28. IV. źrenice jeszcze oddziałują na światło elektryczne. 28. IV. śmierć wśród objawów obrzęku płuc, w 17 miesięcy od wybuchu choroby.

Sekcya, wykonana w kilka godzin po śmierci, wykazała co następuje:

Waga mózgu z oponami miękkiemi 1000 gr., czaszka gruba, śródkoście silnie rozwinięte, w zatokach żylnych skrzepy. Opona twarda dość silnie zrośnięta z czaszką. Opony miękkie obficie ukrwione, cienkie, łatwo ściągalne, miejscami jednak zrośnięte, czy silnie sklejone z powierzchnią mózgu. Zakręty mózgu szerokie, rowki z wierzchu lekko pomarszczone. Pojedyncze miejsca wzgórków wklęśnięte, wypełnione płynem mózgowordzeniowym. Substancya korowa nie zwężona. Substancya biała lekko podziurkowana wskutek ziejących tętniczek, w całej rozciągłości silnie zwężona. Komory boczne rozszerzone, dno komory trzeciej niezmiernie cienkie. Wyściółka komory czwartej lekko ziarnista. Na powierzchni jądra ogoniastego obustronnie liczne wklęśnięcia wielkości prosa, bez zmian makroskopowych w otoczeniu na przekroju. Liczne ziejące tętniczki i małe zagłębienia na przekroju wzgórka wzrokowego, jądra soczewkowatego i ogoniastego, jak również w całej białej substancyi mózgu i móżdżku. Rysunek mostu na przekroju nieregularny, bardzo niewyraźny. Rdzeń nie mógł być do badania wyjęty.

Zrosty opłucne w różnych miejscach; opadowe przekrwienie w lewem płucu z objawami początkowego zapalenia, gruczoły oskrzelowe powiększone, żółtawe naloty na zastawce trójdzielnej, a szczególnie dwudzielnej, aorta cienka, stłuszczenie wątroby i nerek; błona śluzowa żołądka krwawo nastrzykana, jelita i części rodne bez zmian.

Materyał, jaki pozostał do dyspozycyi przy badaniu histopatologicznem, składał się z różnych części półkul mózgowych, ustalonych w formolu, alkoholu i zaprawie glejowej; z pnia mózgowego i części rdzenia przedłużonego aż do skrzyżowania piramid, ustalonych tylko w alkoholu.

Badania mikroskopowe:

W oponie miękkiej półkul mózgowych i w jej naczyniach spotykamy tylko bardzo niewybitne zmiany wsteczne, jakichkolwiek nacieków niema. Opona miękka pnia mózgowego zachowuje się podobnie. Natomiast w przebiegających w niej naczyniach spostrzegamy charakterystyczne silne bujanie śródbłonka z równoczesnem nowotworzeniem włókien elastycznych i zacieśnianiem coraz większem światła naczynia. Coraz to liczniejsze warstwy nowych włókien elastycznych, nałożone na właściwą warstwę elastyczną, niemało się do tego przyczyniają. Preparaty, barwione resorcyn-fuchsyną Weigerta z uprzedniem podbarwianiem karminem litowym, lub następowem zabarwianiem toluidyną według Nissla, dają bardzo ładne obrazy tych zmian.

Należy zaznaczyć, że nie widzimy nigdzie ani śladu stłuszczenia lub innych zmian wstecznych, jak to bywa w miażdżycowo zmienionych naczyniach. Właściwa błona sprężysta wewnętrzna przedstawia się również jako nienaruszona gruba warstwa, nie mająca nic wspólnego z samodzielnie nowotworzącemi się włóknami elastycznemi na wewnątrz od niej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie plam barwikowych w spojówce u chorych na jaglicę.

Napisał

Dr Edmund Rosenhauch.

W »Przeglądzie lekarskim« Nr 1 i 2 z r. 1914 opisuje Wicherkiewicz trzy przypadki plam barwikowych, które spostrzegał w spojówce górnych powiek u 3 żydów, dotkniętych jaglicą. Dwa z tych przypadków były już na wygojeniu, w okresie III jaglicy (zbliznowacenie), jeden w okresie II (rozpadu). Badanie drobnowidowe, jakie wówczas z polecenia Wicherkiewicza przeprowadziłem, dało następujący wynik:

Przypadek 1. Nabłonek spojówki prawidłowo ułożony, wielowarstwowy, płaski, bez rogowacenia powierzchownych warstw, bez ziarn barwikowych. Pod nabłonkiem grubowłóknista tkanka łączna z nieznacznym naciekiem jednojądrzastych komórek limfoidalnych. Głębsze warstwy tej tkanki, w których usadowiony jest ów barwik, są bardziej grubowłókniste, a ilość jąder znacznie skąpsza. Barwik ciemnobrunatny, czasem wpadający w odcień czarny, ułożony jest przeważnie wewnątrzkomórkowo, składa się z drobniutkich ziarenek, zbijających się w grudki, wypełniające szczelnie komórki, tak, że nieraz z trudem można dostrzedz owalne jądro, leżące zazwyczaj w środku komórki. Komórki wypełnione barwikiem, oddzielone od siebie widocznemi liniami, tworzą całe smugi pomiędzy smugami grubowłóknistej tkanki łącznej i odnosi się to wrażenie, że jedne i drugie smugi, to taka sama tkanka, z tą tylko różnicą, że jednych komórki wypełnione barwikiem, którego brak w komórkach smug drugich. Tu i ówdzie widać ziarenka, poza komórkami leżące.

Przypadek 2. Pod względem ułożenia barwika, jego cech, postaci komórek barwikowych, zachowuje się przypadek ten podobnie, jak przypadek 1. Jedynie tylko budowa samej spojówki przedstawia się nieco odmiennie. Nabłonek wielowarstwowy płaski jest miejscami ograniczony do bardzo wązkiego paska, miejscami jest szeroki i wnika w głąb w postaci sznurów, nieraz dość długich. Tkanka podnabłonkowa jest bardzo obficie nacieкła drobnemi okrągłemi komórkami limfoidalnemi, które są zbito ułożone i tworzą grubą warstwę naciekową. Miejscami naciek ten ma dość ścisłe granice, tworząc niejako ziarno (granulum). Warstwa skąpojądrowa, grubowłóknista, ułożona głębiej wraz z warstwami barwikowemi, zachowuje się, jak w przypadku 1.

O ile zatem w pierwszym przypadku sprawa jaglicza, już ustąpiwszy, pozostawiła bliznę, to w drugim naciek jagliczy przemawia za trwaniem cierpienia w okresie, zbliżającym się do zabliźnienia.

Już poprzednio opisywali podobne zmiany w przebiegu jaglicy Steiner, Küsel i Reiss. Nie będę wdawać się tutaj w dokładniejsze roztrząsanie zapatrywań tych autorów na sposób powstania owych plam barwikowych w spojówce, wspomnę jedynie, że sprawa ta dotąd była nierozstrzygnięta. Jako przyczynę przyjmowano bądź krwotoki spojówkowe w przebiegu leczenia jaglicy (Küsel), bądź rozpad białka ziarna jagliczego (Reiss).

Wicherkiewicz pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że plamy są wrodzonemi drobnemi znamionami spojówki, które

wskutek sprawy zapalnej ulegają rozplenieniu, a po ustąpieniu nacieku jagliczego przez ścieńczałą bliznowatą powierzchowną warstwę spojówki przeświecają i łatwiej w oko wpadają. Na poparcie tego swego przypuszczenia przytaczał wielką rzadkość plam barwikowych w przebiegu jaglicy, nadto przypadek, opisany przez siebie w »Przeglądzie lekarskim« Nr 2. z r. 1914, w którym obok plamy barwikowej w jagliczej spojówce stwierdził drobne znamię barwikowe na błonie śluzowej wargi górnej u ciemnej brunetki. Badanie drobnowidowe obu tych zmian barwikowych dało jednakowy wynik, zupełnie podobny do powyżej opisanego.

Od ogłoszenia tych przypadków badałem pilnie wszystkich chorych, zgłaszających się do ambulatoryum chorób ocznych szpitala garnizonowego Nr 15 w Krakowie i wojskowego oddziału ocznego w Opawie, śledząc za owemi plamami.

Wśród olbrzymiej liczby kilkudziesięciu tysięcy chorych stwierdziłem zaledwie trzy razy plamkę barwikową w spojówce powiekowej. Raz u osobnika (żyda bruneta), dotkniętego jaglicą, dwa razy również w spojówce górnej powieki oka, nie przedstawiającego poza ową plamką barwikową żadnej nieprawidłowości. Spojówka w ostatnich dwóch przypadkach była bladoróżowa, zupełnie gładka, nie wykazywała ani śladu blizn lub innych pozostałości przebytej jaglicy. W jednym przypadku spostrzegłem plamkę zupełnie przypadkowo u żołnierza, przysłanego do stwierdzenia bystrości wzrokowej. Był to żyd, silny brunet. W drugim przypadku plama barwikowa (u katoliczki, brunetki, żony wyrobnika. Nr Dzien. oddz. szp. św. Łazarza 67. z 29. IV. 1914), była rozległa, zajmująca $^2/_3$ spojówki górnej powieki, o powierzchni jednakże zupełnie gładkiej. Ze względu na rozległość zmiany barwikowej wycięto kawałek, a badanie drobnowidowe, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej U. J. przez prof. Ciechanowskiego, dało następujący wynik: »Prawie bezpośrednio pod warstwą prawidłowego nabłonka leżą gniazda dużych okrągławych komórek o dużych jądrach, nie zawierające barwika, a ujęte w oka siatki, utworzonej przez różnokształtne komórki barwikonośne. Głębiej znajduje się pokład utkania drobnokomórkowego o cechach tkanki limfadenoidalnej. Cały obraz przypomina obrazy znamion barwikowych«. Badanie drobnowidowe plamy barwikowej, wyciętej ze spojówki żołnierza, dało obraz zupełnie podobny do I. przypadku Wicherkiewicza, z tą jednak różnicą, że budowa spojówki była prawidłowa, nie okazywała zmian bliznowatych.

Na podstawie tych przypadków łącznie ze spostrzeżeniami Wicherkiewicza można niemal z bezwzględną pewnością twierdzić, że zmiany barwikowe, dostrzegane w przebiegu jaglicy, nie mają z samą sprawą jagliczą nic wspólnego, że istniały w spojówce przed wystąpieniem jaglicy, jako znamiona.

Za tem przemawia stwierdzenie plam barwikowych w błonie śluzowej wargi (Wicherkiewicz), w prawidłowej spojówce; dalej rzadkość plam barwikowych w przebiegu jaglicy. Gdyby owe zmiany barwikowe były następstwem krwotoków spojówkowych, lub rozpadu białka ziarna jagliczego, wówczas musiałyby być daleko częściej spostrzegane i byłyby nieraz rozleglejsze. Albowiem przy wygniataniu ziarn krwotoki spojówkowe są niejednokrotnie bardzo znaczne, a rozpad ziarn jagliczych odbywa się prawie z reguły na całej spojówce. A gdyby nawet udało się stwierdzić rozległą zmianę barwikową w spojówce jagliczo zmienionej, to i wówczas nie byłoby to dowodem związku przyczynowego pomiędzy ową plamą, a sprawą jagliczą, gdyż istnieją bardzo rozległe barwikowe znamiona (powyżej przez nas opisany przypadek) w spojówce zresztą zupełnie prawidłowej.

W sprawie reformy studyum lekarskiego

Jest faktem ogólnie uznanym, że młodzi adepci medycyny opuszczają uniwersytet niedostatecznie wykształceni i nie dość przygotowani do praktyki. Przyczyn tego jest wiele. Jedna z nich polega na tem, że wyniki nauki uniwersyteckiej zależą w znacznym stopniu od doboru profesorów i słuchaczy. Zwłaszcza co do profesorów powinien być sumienny dobór troską uniwersytetu, przy wyborze nauczyciela uniwersyteckiego należy wymagać zarówno wiedzy, jak chęci do pracy, wytrwałości i zdolności dydaktycznych. Nie powinny przy tem odgrywać roli względy polityczne, wyznaniowe i t. d., z nauką i zadaniami profesora nic wspólnego nie mające, co się niekiedy dzieje. Takie postępowanie doprowadza bowiem, jak doświadczenie uczy, do upadku uniwersytetów i wychodzi na szkodę nauki, kraju, narodu, a daje się najdotkliwiej odczuwać cierpiącej ludności, zwłaszcza biedniejszej, mogącej korzystać z porady tylko w lecznicy publicznej.

Na tę ważną okoliczność nie zwrócił dotychczas nikt uwagi z zabierających głos o reformie studyum; a przecież jest to jedna z głównych, mem zdaniem, przyczyn niedostatecznego wykształcenia najmłodszego pokolenia lekarskiego.

Dr R. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 13 marca 1918.

Przewodniczy prezes kol. Krzyształowicz. Obecnych członków 41.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Radwańska przedstawia:

1) Preparat wyjętego **rogu szczątkowego macicy dwurożnej** chorej, u której była jeszcze druga wada rozwojowa, mianowicie nerki, położone w miejscu swego rozwoju w życiu płodowem, t. j. w miednicy małej. Ta wada rozwojowa polegała na powstrzymaniu we wzroście pramoczowodu, który powinien rosnąć ku górze i rozszerzając się w kanaliki podnosić leżącą na sobie w kształcie czapki nerkotwórczą tkankę. Z drugiej strony była tu wada rozwojowa przewodów Müllera, z których prawy wytworzył dobrze rozwinięty jeden róg macicy (3 prawidłowo przebyte ciąże i porody), drugi przedstawiał się jako wązki sznur tkanki, biegnący ukośnie z góry ku ujściu wewnętrznemu macicy, rozpięty na dobrze rozwiniętej, nizko położonej nerce lewej, której górny biegun sięgał zaledwie cokolwiek powyżej grzebienia kości biodrowej. Od górnego końca tego postronka tkanki odchodził dobrze rozwinięty jajowód prawy. Po operacyi chora jeszcze raz w $1^1/_2$ roku rodziła zupełnie prawidłowo. Nerka, nizko w miednicy małej położona, nie stanowiła żadnej przeszkody porodowej. Po porodzie zjawił się przejściowy białkomocz, prawdopodobnie jako skutek ucisku na nerkę w czasie porodu.

2) Przypadek **ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej.** Róg ten, wyjęty w całości, został przed przecięciem zbadany promieniami Röntgena. Fotografia przedstawia ciekawe ułożenie płodu mniej więcej $3^1/_2$-miesięcznego. Chora była operowana w 6 miesięcy po zajściu w ciążę. Płód obumarł w IV. m. ks. ciąży, prawdopodobnie nie mając dostatecznych warunków rozwoju w rogu szczątkowym. Odczyn Wassermanna ujemny.

3) Rodzeństwo, **3 płody męskie, dotknięte tąsamą wadą rozwojową,** polegającą na **niedokształcie kończyn,** zw. phokomelia. Jeden świeżo zmarły w 5. dniu po porodzie, dwa starsze, zachowane w muzeum kliniki położniczo-ginekologicznej, z tejsamej matki. Jeden urodzony w r. 1910, drugi w r. 1914. Wszystkie trzy płody, zupełnie do siebie podobne, mają prócz niedokształtu kończyn wargę zajęczą, rozszczepienie podniebienia, a najstarszy jeszcze przepuklinę mózgową. Dziedziczności ani ze strony ojca, ani matki niema. Matka zupełnie zdrowa, odczyn Wassermanna ujemny.

Przedstawiony phokomelus płci męskiej waży 1500 grm. Liczne ubytki w kościach czaszki, oczy o krótszych powiekach, stale za życia otwarte, stoją w większej od siebie odległości, niż prawidłowo. Nos mały, brak chrząstek nosowych. Warga zajęcza, rozszczepienie podniebienia. Budowa klatki piersiowej prawidłowa. Górne kończyny nie mają ani ramienia ani przedramienia. Z obu stron w miejscu kończyn górnych wyrastają same dłonie, zakończone obustronnie 3 palcami. W miejscu kończyn dolnych same stopy z 4 palcami obustronnie. Zewnętrzne części płciowe silnie rozwinięte. Po stronie prawej jądro w kanale pachwinowym, po stronie lewej w worku mosznowym. Fotografia rentgenowska wykazuje: braki w kościach czaszki, brak kości długich ramienia i przedramienia. Łopatki, mostek, stawy barkowe dobrze rozwinięte. Kości miednicy bez zmian. W kończynach dolnych brak kości długich uda i goleni, 4 kości śródstopia i 4 palce, każdy o dwóch członkach. Sekcya wykazuje zmiany w budowie móżdżku (bliższe badanie później). W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej prócz drobnych zmian położenia (n. p. nerka lewa znacznie niżej od prawej, wyrostek ro-

baczkowy sklejony z kątnicą), żadnych zmian niema. Gruczoły dokrewne bez widocznych zmian. Grasica, jak na płód, mała.

Najbardziej uderzające w tym przypadku są dwie rzeczy: Pierwsza: tasama matka rodzi po raz trzeci płód z tąsamą wadą rozwojową; druga: tylko płody męskie, wszystkie, dotknięte są tą wadą rozwojową; płody płci żeńskiej, wszystkie, urodziły się prawidłowo i żyją. To pozwala na wyciągnięcie pewnych wniosków co do powstawania potworów. Gdyby przyczyna tkwiła, najogólniej mówiąc, w ustroju matki, czy to w zmianach chorobowych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, n. p. tarczycy (w literaturze te właśnie czynniki, jako wywołujące zmiany w płodzie, podawano), to powinnyby się rodzić z temi zmianami zarówno płody męskie, jak żeńskie. Warunki rozwoju w ustroju tejsamej matki naprzemian dla płodów męskich i żeńskich były przecież tesame. Przyczyna więc musi tkwić głębiej, można przypuszczać, że w jaju przed, czy po zapłodnieniu, i to tylko w tych jajach, z których miały powstać płody płci męskiej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: 1) Prof. Gliński: Nerki usadowione w miednicy małej spotyka się stosunkowo dość często. Łączą się one wtenczas z reguły ze zmianami rozwojowemi w narządzie płciowym kobiety lub mężczyzny. Bardzo często w tych razach chory posiada tylko jedną nerkę, usadowioną w okolicy wzgórka krzyżowego (promontorium), co ma bardzo duże znaczenie w razie konieczności leczenia chirurgicznego takiej nerki. G. zna przypadek, w którym dokonano nefrektomii jedynej nerki.

2) Kol. prof. Rosner: W przypadku drugim usunięto róg macicy z tego powodu, że przykrywał on zupełnie guz pod wzgl. za nim leżący. Ale i bez tego wskazania technicznego niejako należałoby róg szczątkowy usunąć, a to z tego powodu, że one w wielu przypadkach bardzo późno zaczynają miesiączkować, wskutek czego powstaje krwiak śródmaciczny (haematometra), dający bardzo ciężkie objawy kliniczne. Technicznie zabieg ten (usunięcie szczątkowego rogu) nie przedstawia większych trudności. R. zapytuje, jakie jest unaczynienie nerki, usadowionej w miednicy małej, zwłaszcza, gdy ona jest jedyną nerką.

3) Kol. prof. Kostanecki: Definitywna nerka tworzy się zawsze u zarodka w miednicy małej, przyczem prawa i lewa nerka są bardzo blizko siebie położone. Nie może zatem dziwić ani to, że nerka i w pozamacicznem życiu pozostać może w miednicy małej i nie wykonać niewytłómaczonej zupełnie, a prawidłowo spotykanej ascenzyi, ani też to, że prawa i lewa nerka, o ile pozostają w miednicy małej, ze sobą się zrastają. Unaczynienie takich nerek pochodzi zazwyczaj od tętnicy podbrzusznej (art. hypogastrica), rzadziej od tętnicy biodrowej wspólnej. Nigdy naczynia takiej nerki nie pochodzą z góry od aorty. Spodziewać się też tego nie należy dlatego, że tam taka nerka nigdy nie była usadowiona. Charakterystyczne przytem jest, że nerka, usadowiona w małej miednicy, zechowuje swój zarodkowy płatowy kształt.

4) Kol. prof. Gliński unaczynienia nerek, usadowionych w małej miednicy, nie badał szczegółowo we wszystkich obserwowanych przypadkach. W niektórych zauważył gałązki naczyniowe, odchodzące do nerki z tętnicy głównej w miejscu rozgałęzienia, albo od tętnicy biodrowej wspólnej; nigdy nie zauważał, by naczynia tych nerek odchodziły od tętnicy podbrzusznej. Z reguły wnęka nerki jedynej, usadowionej w miednicy małej, znajduje się na ścianie przedniej nerki.

5) Co do przypadków fokomelii podnosi prof. Dr Rosner: Nie ulega wątpliwości, że przedstawiona wada polega na zmianach konstytucyonalnych, że jest związana z płcią płodu i że tkwi w jajku zapłodnionem, a może nawet jeszcze niezapłodnionem. Rzucić to może pewne światło na takie choroby konstytucyonalne, jak krwawiączka (haemophilia), która też związana jest z płcią i tkwi zapewne w jajku. Tosamo odnosi się do ślepoty barw.

6) Kol. prof. Gliński spostrzegał rodzinę, w której glejak siatkówki przenosił się podobnie, jak krwawiączka.

7) Kol. doc. Borowiecki przypomina wśród potworności dziedzicznych brachydaktylię oraz badania, przeprowadzone nad nią przez Farabee i Drinkwatera. Autorzy ci nietylko stwierdzają dziedziczność tej cechy, ale dochodzą do przekonania, że brachydaktylia stanowi cechę dominującą w znaczeniu Mendla, przenosi się z pokolenia na pokolenie, oraz przy małżeństwach brachydaktylików z osobami prawidłowemi pojawia się mniej więcej u połowy potomstwa (według formuły DR×RR).

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos jeszcze kol. Boguszewski i prelegentka.

(Dokończenie nastąpi)

Wiadomości bieżące.

Kraków. Z powodu braku miejsca w pracowniach w stosunku do napływu słuchaczy, ogranicza Wydział lekarski liczbę przyjętych na pierwszy i drugi rok do 100. Zgłoszenia przyjmuje Wydział od 23. IX. do 3. X., rozstrzygnięcie o przyjęciu nastąpi 5. X. Od tego rozstrzygnięcia niema odwołania.

— Dr Adam Zagórski, uczestnik walk r. 1863 i Dr Ignacy Maryan Jendel, emerytowany lekarz powiatowy i salinarny, obchodzili pięćdziesięciolecie doktoratu. Z tego powodu odbyła się w Uniwersytecie rzadka uroczystość odnowienia dyplomów.

Redakcya otrzymała: Majewski: Eine neue Methode der klinischen Nystagmographie. (Archiv f. Ophth. 1918). — Serkowski: Bakteryologia epizootycznego pomoru ryb. Warszawa 1918.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1918. Zesz. 7. Cena 2 Mk.

Zeszyt lipcowy zawiera rozprawę Dr Fleischhauera p. t. »Zagadnienia położnicze«, oraz prof. Dr Martina przegląd prac ginekologicznych za r. 1917/18.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1918.

Gazeta lekarska Nr 25—29: Tenenbaum: O metodach badania czynności nerek (25). — Finkelstein-Medyński: O samobójstwie kobiet (26). — Chrostowski: Przyczynek do sprawy powrotu duru plamistego (26). — Puławski: Moczówka prosta pochodzenia czynnościowego (26). — Koelichen: O drogach chłonnych układu nerwowego ośrodkowego (27—28). — E. Zieliński: 1) O zwapnieniu chrząstek żebrowych (27). 2) Zastrzykiwanie roztworu Trunecka w stwardnieniu tętnic (28). — Flatau: O krwotokach samoistnych do opon mózgowych (29).

Medycyna i Kronika lekarska. Nie otrzymaliśmy żadnego zeszytu.

Nowiny lekarskie Nr 2. Nowakowski: O postrzałach mózgowych. — Z. Dziembowski jun.: Leczenie mlekiem parenteralne.— St. Szuman: Przypadek taboparalyzy wrzekomej na tle alkoholizmu.

Zdrowie Z. 7. Adamski: Mieszkania suterenowe. — Pawłowska-Dąbrowska: Sprawozdanie ze szpitala dla lekko gruźliczych w Chojnach za 1916—1917.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 10. sierpnia 1918. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



DR. JAN RACZYŃSKI

profesor pedyatryi w Uniwersytecie lwowskim, zmarł 1 sierpnia 1918.

Życiorys pomieścimy w jednym z następnych zeszytów.

Endarteriitis luetica subcorticalis.

Podał

Dr Tadeusz Rogalski.

(Dokończenie).

Rzut oka na korę mózgową różnych okolic przekonywa, że nie jest ona zwężona, a budowa architektoniczna wszędzie zachowana. Komórki zwojowe natomiast uległy schorzeniu najrozmaitszego stopnia i rodzaju, prowadzącemu jednak zawsze do ich zniszczenia, czy to na drodze rozpadu i neurofagii, czy też przez uprzednie przejście w formy t. zw. schorzenia przewlekle sklerotycznego. Preparaty barwione szkarłatem (Scharlachrot) przedstawiają wszystkie formy stłuszczenia protoplazmy komórek zwojowych, dając obraz dodatni siateczkowej budowy w obrazie Nissla (toluidyna). Ponieważ zmiany te dyagnostycznie w niczem nie są charakterystyczne, pomijam dokładniejszy ich opis.

W zakresie komórek glejowych widzimy z jednej strony wybitne bujanie, z drugiej zaś wyraźne przemiany wsteczne z częstem stłuszczeniem. Barwienie gleju według Weigerta wykazuje silne zgrubienie włókien w powierzchniowej warstwie kory i mniejsze w sąsiedztwie naczyń. Często spotykane astrocyty w warstwie górnej i w warstwie dużych komórek piramidalnych, — należącej do najuboższych w elementy glejowe, — przemawiają za silnem bujaniem gleju; występuje ono jednak nierównomiernie w całej korze, ale raczej nieregularnie i więcej ogniskowo. Naczynia mniejszego kalibru i włosowate korowe okazują tylko zmiany wsteczne; jedynie w niektórych z nich, zwłaszcza w warstwie powierzchownej kory, znać na śródbłonku ślady poprzedniego bujania i nowotworzenie włókien elastycznych. W ścianach naczyń spotyka się mniej lub więcej tłuszczu i innych produktów rozpadu, niema jednak jakichkolwiek nacieków.

Obraz więc, jaki daje kora mózgowa, — poza silnem bujaniem gleju i zmianami w nielicznych tylko naczyniach, — nie przedstawia zresztą nic szczególnego. Taksamo zachowuje się górna, trzecia część substancyi białej.

Zmienia się natomiast obraz mikroskopowy w głębiej leżących częściach substancyi rdzeniowej. Już przy słabem powiększeniu zaznaczają się wybitniej jakieś pasma i koła zależnie od kierunku i przekroju skrawka. Pod immersyą zaś przekonamy się, że są to typowo (endarteriitis) zmienione mniejsze naczynia mózgowe (fig. 1). W niektórych z nich bujanie śródbłonka jest tak daleko posunięte, że znika zupełnie światło naczynia (fig. 2). Nowo wyprodukowane zaś włókna elastyczne tworzą 2, 3 i więcej koncentrycznych pierścieni (fig. 3). Nacieków w przestrzeniach limfatycznych niema; tylko wyjątkowo zjawia się kilka limfocytów, lub twór przypominający młodą komórkę plasmatyczną. Częściej nieco, — ale i to w bardzo małej ilości, — spotykamy komórki ziarniste (Körnchenzellen) wypełnione (w obrazie Nissla) zielonkowatymi produktami rozkładu.

W naczyniach o pojedynczej warstwie mięśniowej dołącza się często do zmian endarterytycznych sprawa, prowadząca do tworzenia się substancyi szklistej (pseudohyalin), która — w preparacie barwionym toluidyną (przy zaciemnieniu pola widzenia), albo hematoksyliną (van Gieson-Weigert), albo też zmodyfikowanym przez Alzheimera sposobem Manna — wykazuje skośne lub koncentryczne utkanie włókniste.

Wyjątkowo tylko spotykamy naczynia substancyi rdzeniowej bez opisanych zmian bujania śródbłonka, wyjątkowo również zmiany wsteczne.

O ile w korze mózgowej widzieliśmy dość silne bujanie elementów glejowych, to dosięga ono tutaj w sąsiedztwie naczyń niezwykłych rozmiarów, tak pod względem wielkości komórek przypominających twory, znajdujące się n. p. przy porażeniu postępowem (duże ciała komórkowe o 2 albo 3 jądrach), jak i ilości wytworzonych włókien glejowych. Jeżeli przy przeglądaniu preparatów znajdzie się w polu widzenia tego rodzaju olbrzymio wybujała komórka glejowa, można być pewnym, że w najbliższem sąsiedztwie przebiega naczynie, zmienione zarostowo (endarteriitis). Brak zaś zupełny tych elementów w pobliżu — rzadko zresztą bardzo spotykanych — naczyń ze zmianami wstecznemi. Preparaty, barwione metodą Weigerta, dają dokładny obraz tych zmian: gdy w sąsiedztwie naczyń małych i włosowatych gromadzą się pojedyncze olbrzymie twory, w których naokoło jądra widzimy obfite, grube włókna glejowe, to naokoło większych naczyń nie spotykamy już pojedynczych wybujałych komórek glejowych, ale całe naczynie objęte jest wałem zbitych, wolnych, często niezmiernie długich włókien (fig. 6).

Przyjrzyjmy się teraz, jak się zachowują włókna nerwowe w sąsiedztwie schorzałych naczyń substancyi białej. Porównując trzy następujące po sobie skrawki z tego samego miejsca (fig.

4, 5, 6), — z których jeden został zabarwiony metodą Spielmeyera (osłonka myelinowa), drugi sposobem Bielschowskyego (włókno osiowe), a trzeci według Weigerta (włókna glejowe),— przekonamy się, że naokoło naczynia osłonki myelinowe uległy rozpadowi, że włókna osiowe zostały prawie nietknięte, a wolne miejsce po rozpadzie myeliny zajęły wybujałe włókna glejowe. Sprawa ta śledzić się daje we wszystkich częściach substancyi białej półkul, w różnych tylko miejscach różnie silnie rozwinięta.

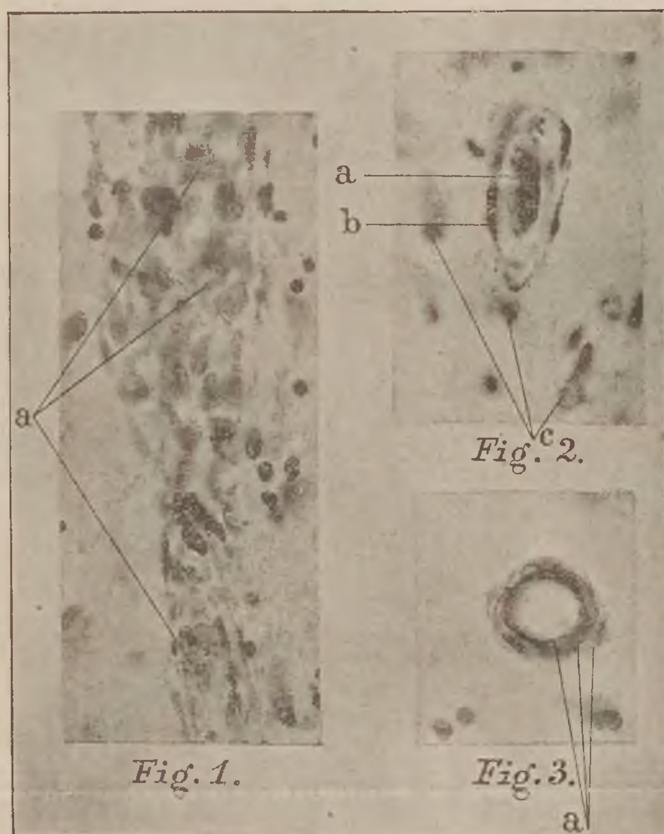


Fig. 1. Przekrój podłużny naczynia małego kalibru: a) wybujałe komórki śródbłonka. Toluidyna według Nissla, Immer. Zeissa l 30. (Fig. 2—7 odpowiada substancyi białej półkul z różnej wysokości, przeważnie podkorowo).

Fig. 2. Przekrój poprzeczny małej tętniczki: a) wybujałe komórki śródbłonka, zamykające zupełnie światło naczynia, b) adventitia; c) wybujałe komórki glejowe, leżące w innym przekroju, — dlatego obrazy nieostre). — Toluidyna, Immer. Zeissa l. 30.

Fig. 3. Przekrój poprzeczny najmniejszej tętniczki (praecapillaris): a) nowo utworzone osłonki elastyczne. Resorcin-fuchsyna, Immer. Zeissa l. 30.

Czy stopień rozpadu osłonki myelinowej zależy od stopnia zmian w naczyniach (endarteriitis), trudno rozstrzygnąć, gdyż skrawki tych samych miejsc, ustalone w formolu, nie dają dostatecznie jasnych obrazów zmian komórkowych. W każdym razie tam, gdzie naczynia są niezmienione, lub gdzie ich niema, brak też i rozpadu myeliny.

Kontrastowe barwienie się włókna osiowego (niebiesko) i osłonki myelinowej (różowo) w preparatach, traktowanych metodą Mann-Alzheimera, daje bardzo ładne obrazy zanikania osłonki myelinowej naokoło naczyń.

Pozostały jeszcze do omówienia niższe części mózgu. Preparaty z okolicy jądra ogoniastego, soczewkowatego i wzgórka wzrokowego wykazują zmiany, różniące się tylko ilościowo od zmian w korze mózgowej: komórki zwojowe, szczególniej w jądrze soczewkowatem, znacznie silniej jeszcze stłuszczone, natomiast bujanie gleju mniej wybitne. W naczyniach widzimy w przeważnej części zmiany, odpowiadające zmianom naczyń substancyi białej, tylko że okołonaczyniowe nowotworzenie włóknistego gleju mniej jest rozwinięte. Również nieznaczne tylko różnice istnieją między zmianami w mózgu a w móżdżku. Komórki Purkinjego niewybitnie zmienione; uderza tylko ich nieregularne umieszczenie: zamiast na granicy warstwy molekularnej i ziarnistej, leżą wyżej lub niżej. Bujanie gleju w korze móżdżkowej słabo zaznaczone; w substancyi białej znacznie silniej w miej-

Fig. 4.

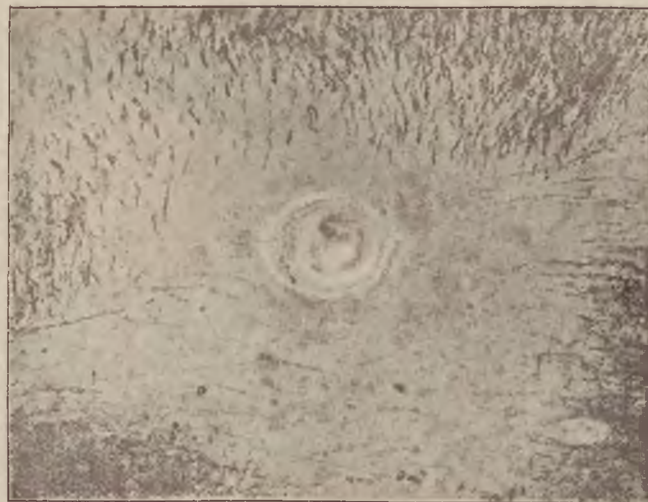


Fig. 5

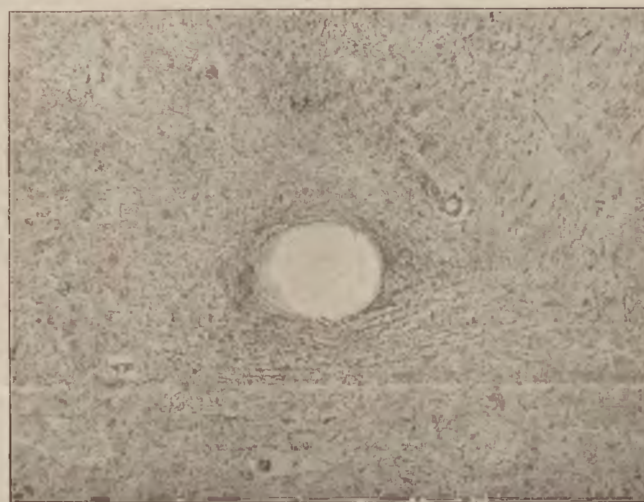


Fig. 6

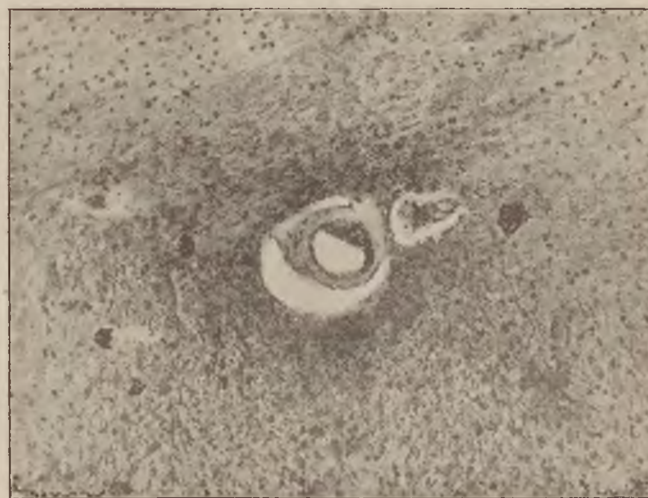


Fig. 4. Skrawek substancyi rdzeniowej półkuli: a) naczynie, b) komórki ziarniste (glejowe), leżące w przestrzeni okołonaczyniowej, pozbawionej osłonek myelinowych. Barwienie włókien myelinowych według Spielmayera na preparacie mrożonym.

Fig. 5. To samo miejsce w preparacie Bielschowskyego (włókna osiowe); naczynie wypadło przy krajaniu.

Fig. 6. To samo miejsce w preparacie glejowym Weigerta (na skrawku mrożonym): a) złogi barwika

scach naokoło naczyń, mniej jednak, niż w mózgu. W naczyniach móżdżkowych substancyi białej spotykamy najpiękniejsze okazy zmian zarostowych (endarteriitis). Odkładanie się mas szklistych w ścianach naczyń występuje tutaj bardzo często. Pień mózgowy nie przedstawia nic szczególnego, tak co do jakości schorzenia komórek zwojowych i gleju, jak i naczyń.

Dokładniejszego rozpatrzenia wymaga tylko ognisko, jakie znajduje się wśród skupień komórkowych pomiędzy poprzecznie i podłużnie przebiegającemi włóknami nerwowemi mostu. Rozciąga się ono przez całą jego długość, począwszy od tylnej części, gdzie leży pomiędzy i nad drogami piramid, aż do przedniej, gdzie wraz ze zmniejszaniem się skupień komórkowych mostu znika i ognisko chorobowe. W największej rozciągłości widzimy je w środkowej części mostu. Na nazwę ogniska zasługuje ta zmiana tylko o tyle, że ograniczona jest do pewnej części układu nerwowego ośrodkowego, a tu znów występuje specyalnie tam, gdzie się znajdują nagromadzenia komórek i wciska się razem z niemi pomiędzy pasma włókien nerwowych, zostawiając te włókna nietknięte. Jedynie w miejscu, gdzie ognisko dosięga największych wymiarów, rozprzestrzenia się ono częściowo i na sąsiednią substancyę białą równolegle do włókien nerwowych.

Rozpatrywanie w silniejszem powiększeniu przekonywa nas, że ognisko to składa się w całości z samych komórek ziarnistych (Körnchen- oder Gitterzellen) różnej wielkości (fig. 7). Wszystkie wolne od komórek zwojowych miejsca zajęte są przez te komórki. Pochodzenie ich czysto glejowe nie ulega wątpliwości. Na brzegach ogniska możemy śledzić cały proces przemiany zwykłych, nieco wybujałych, komórek glejowych, których protoplasma przybiera coraz więcej siateczkowatą budowę, na wspomniane komórki ziarniste. Dochodzą one do rozmiarów większych nawet, niż komórki zwojowe. Napotykane równocześnie dosyć często obrazy karyokinezy i rozpadu ciała komórkowego przemawiałyby za intensywnem i obfitem rozmnażaniem się i krótkiem zarazem życiem tych tworów. Z charakteru tych



Fig. 7. Część ogniska z mostu: a) komórki ziarniste (glejowe), b) komórki zwojowe. Toluidyna. Immer. Zeissa 1 - 30.

komórek i ich masowego występowania należałoby przypuszczać, że oddziała to i na inne elementa tkanki ektodermalnej i na tkankę mesodermalną. Tymczasem rzecz ta ma się zupełnie przeciwnie. Porównawszy zachowanie się tych tkanek w innych częściach pnia mózgowego, gdzie niema ogniska, różnicy żadnej nie widzimy. Niema wybitniejszego bujania włókien glejowych, niema jakichkolwiek nacieków komórkowych w ścianach naczyń, naczynia zaś tylko tam, gdzie ognisko jest największe, wykazują wybitne zmiany (endarteriitis).

Na tem kończymy omawianie układu nerwowego. Rdzenia niestety nie można było otrzymać. Badanie mikroskopowe kawałeczków wątroby, nerek i śledziony potwierdza wynik sekcyi, wykazując bardzo daleko posunięte stłuszczenie elementów miąższowych. W naczyniach zaś nerek i śledziony spotykamy takie samo bujanie śródbłonka i tworzenie się substancyi szklistej, jak w mózgu.

Przejrzawszy w ten sposób przebieg kliniczny i wynik badania histopatologicznego, możemy wysnuć następujące wnioski:

Rozpoznanie choroby za życia było trudne. Część objawów psychicznych, należących do zbioru objawów otępienia wczesnego (dementia praecox), część ich właściwsza raczej porażeniu postępowemu (paralysis progressiva juvenilis),— przy braku zmian fizycznych, dla tego cierpienia charakterystycznych, — wreszcie objawy poraźne ogniskowe o typie, zbliżonym nieco do stwardnienia bocznego (sclerosis lateralis amyotrophica), nie pozwalały na ścisłe rozpoznanie różniczkowe. Zbiór objawów umysłowych odpowiadałby najwięcej może kiłowemu porażeniu rzekomemu (pseudoparalysis luetica), lub wydzielonej przez Kraepelina z pośród innych chorób umysłowych na tle kiłowem grupie paranoidalnej.

Że w naszym przypadku było schorzenie kiłowe, pomimo braku dowodów za życia chorej, — nie ulega żadnej wątpliwości. Charakter i usadowienie się zmian chorobowych tak w dużych naczyniach, zgodne ze zmianami, opisanemi jeszcze przez Heubnera, jak i w małych i włosowatych, odpowiadające w zupełności obrazom, podanym najpierw przez Nissla i Alzheimera, czyni rozpoznanie kiłowych zmian naczyń (endarteriitis luetica) zupełnie pewnem.

Niestety jednak tak temu przypadkowi kiłowych zmian naczyń, jak i poprzednio ogłoszonym, nie odpowiada jeszcze ściśle ograniczony obraz kliniczny. Kraepelinowska »postać paranoidalna«, o ile zwiększona statystyka to potwierdzi, może ustalić się jako odpowiednik kliniczny tej specyalnej formy kiłowego schorzenia małych naczyń mózgowych, jakkolwiek zaznaczyć należy, że już przypadek Ilberga przedstawia się raczej jako czysta katatonia. Zaledwie kilkanaście dotychczas histopatologicznie dokładnie obrobionych przypadków nie pozwala na dalsze wysnuwanie wniosków.

Przypadek nasz dlatego jest w tym kierunku niezwykłym, że po raz pierwszy spotykamy się z podkorowem usadowieniem sprawy chorobowej. Gdy we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach (Nissl, Alzheimer, Sagel, Ilberg) zmiany kiłowe naczyń ograniczały się głównie tylko do naczyń kory mózgowej, tutaj schorzenie to obejmuje prawie wyłącznie naczynia substancyi rdzeniowej.

Drugim ciekawym szczegółem histopatologicznym są opisane wyżej zmiany w miąższu nerwowym naokoło schorzałych naczyń, t. j. zanik osłonek myelinowych przy zachowaniu prawie zupełnem włókien osiowych i równoczesnem bujaniu w tych miejscach gleju włóknotwórczego.

Podobne obrazy opisywali jeszcze w roku 1895 Binswanger, jako »encephalitis subcorticalis chronica« i Alzheimer, jako miażdżycowy zanik mózgu. Przypadek nasz wykazuje, że o ile kiłowe zmiany naczyń (endarteriitis luetica) rozwijają się w małych naczyniach substancyi rdzeniowej, to wywołują zmiany w miąższu nerwowym, podobne do stwierdzonych już przy miażdżycowem schorzeniu naczyń.

Tego rodzaju ogniskowo rozsianym zanikiem substancyi białej zajmowali się potem dokładniej różni autorowie; spotykali go jednak tylko w mózgach paralityków lub przy stwardnieniu rozsianem (sclerosis disseminata et diffusa cerebri). Siemerling i Vogt stwierdzają ściślejszy patogenetyczny związek pomiędzy tem wypadaniem substancyi rdzeniowej, a leżącemi w pośrodku ognisk naczyniami o zgrubiałych ścianach. Borde, Fischler, Spielmayer i Krabbe spostrzegają również bardzo często topograficzną zależność tych zmian od naczyń mózgowych, wszyscy jednak utrzymują, że leżące ośrodkowo naczynia nie są inaczej, lub ciężej schorzałe, niż inne w tym samym mózgu. Fischer i Krabbe przypuszczają, że krążąca we krwi jakaś toksyna dostaje się przez uszkodzoną ścianę naczynia do miąższu nerwowego i wywołuje okołonaczyniowy zanik osłonki myelinowej (Krabbego »perivasculäre Marknekrose«). Spielmayer natomiast tłómaczy to usadowienie ognisk tylko patologiczną obfitością nowopowstałych naczyń w mózgach paralityków.

W przeciwieństwie do tych spostrzeżeń przypadek nasz wykazuje, że tego rodzaju okołonaczyniowy zanik włókien nerwowych istnieje także przy kiłowych zmianach naczyń (endarteriitis luetica). Schorzenie naczynia jest tu zmianą pierwotną, wiodącą w następstwie do zaburzeń w sąsiednim odcinku tkanki nerwowej, bądź to na drodze zaburzeń krążenia i odżywiania, bądź też, — i to może prawdopodobniej, — przez dyffuzyę jadu kiłowego.

Pozostaje wreszcie do omówienia ognisko, jakie znaleźliśmy w zakresie skupień komórkowych w moście. Wspomniany wyżej brak odpowiedniego odczynu ze strony tkanki mesodermalnej (zwłaszcza naczyń w obrębie ogniska), brak widocznego oddziałania na stan komórek zwojowych, wreszcie stwierdzone glejowe pochodzenie komórek ziarnistych, tworzących ognisko, — wyklucza przypuszczenie ogniska rozmięknienia, spowodowanego silniejszem kiłowem schorzeniem naczynia.

Wielkość ogniska i jego budowa przemawiałyby najwięcej za świeżem ogniskiem przy rozsianem stwardnieniu. Ponieważ jednak mamy tu mózg, który uległ ciężkiemu schorzeniu kiłowemu, nasuwa się pytanie, czy również i kiła nie może wywołać takiego rodzaju ogniska. Silnie zmienione naczynia, jakie widzieliśmy w środku ogniska, w miejscu jego największej rozciągłości, popierałyby może to przypuszczenie. Pytanie to da się prawdopodobnie rozstrzygnąć na dalszym materyale i przy zastosowaniu innych jeszcze metod barwienia, co ze względów technicznych w naszym przypadku było niemożliwe.

Jak się przekonywamy, i nowoczesna histopatologia układu nerwowego wykazuje coraz częściej wspólność poszczególnych składowych w obrazie anatomicznym przy różnych schorzeniach i przy różnej ich etyologii i wpływa tem samem na zmianę symptomatologii jednostek chorobowych.

Literatura. 1) Alzheimer: Allg. Zeit. f. Psych. 1895. Str. 804. — 2) Tenże: Histolog. u. histopath. Arbeiten üb. d. Grosshirnrinde. 1904. Bd. I. — 3) Tenże: Allg. Zeit. f. Psych. 1909. Str. 920. — 4) Tenże: Histolog. u. histopath. Arbeiten üb. d. Grosshirnrinde. 1910. Bd. III. H. 3 — 5) Binswanger: Allg. Zeit. f. Psych. 1895. S. 804. — 6) Borda: Rivista de la sociedad medica Argentina. Buenos-Aires 1906. T. XIII. (według 7). — 7) Fischer: Arbeiten a. d. deutsch. psych. Univ. Klinik in Prag. 1908. — 8) Heubner: Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig 1874. — 9) Ilberg: Zeitschr. f. d. Neur. Psych. 1910. Bd. II. H. 3. — 10) Krabbe: Allg. Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych. 1913. Bd. XX. H. 1. — 11) Nissl: Neur. Centralb. 1904.— 12) Tenże: Histol. u. histopath. Arbeiten üb. d. Grosshirnrinde. 1904. Bd. I. S. 315. — 13) Tenże: Diskussion zum Alzheimerschen Vortrag. Allg. Zeit. f. Psych. 1909. S. 924. — 14) Oppenheim G.: Neur. Centralbl. 1998. S. 898. — 15) Sagel: Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych. 1909. Bd. I. H. 3. — 16) Schüle: Allg. Zeit. f. Psych. 1872. S. 605. — 17) Siemerling: Allg. Zeit. f. Psych. 1899. S. 642. — 18) Spielmayer: Neur. Centralbl. 1910. Nr 7. — 19) Tenże: Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych. 1910. Bd. I. H. 5. — 20) Vogt: Diskussion zum Siemerling's Vortrag. Allg. Zeit. f. Psych. 1899. S. 642.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

substancya zużywna, Verbrauchsstoff.
zapomiętliwość, Vergesslichkeit.
zapalenia wyrostka robaczkowatego, vermiculitis.
wywoływacz, Antigen.
niweczník, Antistoff (Antikörper).
choroba glistna, ascaridiasis.
wzgórek bębenkowy, promontorium tympani.
wzgórek miedniczy, promontorium pelvis.
metoda wypłuczna, Ausspülungsmethode.
wykrztusina, wydalina, Auswurfsstoff.
samozatrucie, Autotoxicose.
spęcherzenie, Blasenbildung.
czerak gromadny, carbunculus.
krosta wąglikowa, pustula maligna.
choroba posurowicza, Serumkrankheit.
wysypka posurowicza, Serumexanthem.
powietrzyca (jak cukrzyca, mocznica), pneumathaemia.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Na rzecz wdów i sierot po lekarzach przysłali: Dr Joachim Fraenkel z Tarnowa 770 K., Prof. Dr Machek 200 K. Razem 970 K.

Kraków. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali p. Jan Maryan Burzyński, rodem z Warszawy i p. Adolf Ingster z Będzina.

Warszawa. Prof. Dr Szymon Dzierżgowski, były dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu, przeniósł się do Warszawy i objął kierownictwo Wydziału higieny publicznej w Ministerstwie zdrowia. (Gaz. lek. 30).

— Do komisyi Zdrowia publicznego wybrani zostali z Rady stanu: Dr R. Radziwiłłowicz (przewodniczący), prof. Dr Alfred Sokołowski, Dr Marczewski, Dr Świeżyński i hr. Wł. Zamoyski. (Gaz. lek. 31).

Zmarli:

† Dr Waleryan Macudziński.

Dnia 29. lipca b. r. zmarł w Jaśle w 75 r. ż. Dr Waleryan Macudziński, em. dyrektor szpitala, żołnierz wojsk polskich z roku 1863. Urodzony w Gorzycach powiatu Jasielskiego z rodziny ziemiańskiej, od kilku wieków tu osiadłej, zdobył przez 50 lat pracy w zawodzie lekarskim niebywałe uznanie, zaufanie i szacunek współobywateli, czego widocznym wyrazem były nieprzeliczone rzesze wszystkich warstw ludności na Jego pogrzebie. Wśród licznych wieńców, złożonych na trumnie, odznaczały się dwa niezwykłe, pochodzące od setek kolejarzy, którzy nie zapomnieli o swoim lekarzu, mimo iż już przed 6 laty musiał dla podeszłego wieku porzucić posadę kolejową. Tutejsi lekarze i aptekarze zamiast wieńca urządzili między sobą doraźną składkę, a zebraną kwotę 410 kor. przeznaczyli na korzyść wdów i sierot po legionistach. Ś. p. Waleryan Macudziński obchodził w bieżącym roku 50-letni jubileusz dyplomu lekarskiego. Cześć Jego pamięci; spokój Jego duszy! Dr Józef Kadyi.

Dr Ewaryst Żórawski, wychowaniec Szkoły Głównej, lekarz szpitala tyfusowego w Grodzisku, z tyfusu w 66 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 33. Kraków, 17. sierpnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 17. sierpnia 1918 Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski.

Dermografia (objaw Trousseau) zajmuje w symptomatologii cierpień nerwowych dość niezwykłe, a przytem uprzywilejowane stanowisko, mimo, że przeważna część badaczy lat ostatnich odmawia jej nietylko znaczenia objawu znamiennego dla nerwicy urazowej, ale kwestyonuje ją wogóle jako objaw rozpoznawczy. A przecież trudno znaleść orzeczenie sądowe w sprawie nerwicy urazowej, gdzieby dermografia, określana zwykle niejasno i niesubtelnie, jako obecna lub nie, nie zajmowała poczestnego miejsca, powagą swą nieraz przy braku przedmiotowych danych popierająca podmiotowe skargi badanego, nie przechylała rozpoznania w kierunku nerwicy urazowej. Z innej znowu strony zależnie od wyrobionego sobie zdania badającego o wiarygodności opowiadań i skarg badanego (często bardzo opartego tylko na bezwiednej sympatyi lub antypatyi) objaw dermografii przybiera zależnie od potrzeby raz rolę objawu rozstrzygającego, to znowu objawu zupełnie bez znaczenia.

W ostatnich latach nie brak prac, zajmujących się sprawą dermografii, których autorzy wzięli sobie za zadanie bliższe zbadanie obecności objawu w rozmaitych cierpieniach, w szczególności w chorobach nerwowych, oraz określenia ewentualnego stanowiska w symptomatologii tych cierpień, jak z drugiej strony zbadanie mechanizmu objawu. Najmniej może wartości przedstawiają opisywane pojedyncze przypadki cierpień, przy których znaleziono tę lub inną dermografię:

E. V. Mock (Cambridge) wspomina o 35-letnim mężczyźnie, który zwykł był przez szereg lat kąpać się w zimnej wodzie. Zauważył, że w rozmaitych miejscach skóry zatracił możność pocenia się; w tych samych miejscach w kilka lat później miała występować wybitna dermografia, trwająca po jednorazowem podrażnieniu 2—3 godzin.

Launois opisał (Nouv. Iconogr. de la Salpetrière) dwa ciekawsze przypadki wybitnej dermografii: jeden dotyczy osoby z samorodną padaczką, od dzieciństwa czerwie (helmintiasis), a w 13 r. życia wybitna dermografia. Prawdopodobnie było tu samozatrucie. W drugim przypadku chodzi także o padaczkę, powikłaną znowu tasiemcem; również wybitna dermografia.

H. Stursberg w r. 1905 badał w kierunku dermografii 173 osób, w której to liczbie było 100 nerwowo zdrowych, 49 czynnościowo nerwowo chorych i 24 organicznie nerwowo chorych; wobec braku różnicy w otrzymanych wynikach autor ten odmawia dermografii znaczenia rozpoznawczego. Do tego samego wyniku i wniosku dochodzi H. Städller[1]).

Do ciekawego wniosku w stosunku do padaczki dochodzi Roubinowitsch[2]), a mianowicie, że tak podczas, jak i bezpośrednio po napadzie dermografia w stosunku do okresów między napadami występować ma z mniejszem nasileniem, oraz, że czas reakcyi jest stosunkowo dłuższy. Autor ten nawet chce zastosować swój wynik praktycznie w kierunku odróżniania symulacyi.

Jaroszewski[3]) wypowiada twierdzenie, że w nerwicy urazowej w pierwszym okresie (obejmującym kilka miesięcy) da się otrzymać tylko dermografia biała, która szczyt swój osiąga w ciągu roku. Po upływie tegoż znika, ustępując miejsca dermografii czerwonej zwyczajnej.

Dodatnim wynikiem swych badań pochwalić się może Milella[4]), który badał 100 osób nerwowo chorych. Dermografia, według tego autora, u neuropsychopatów jest zawsze obecna; u zdrowych jest częsta, trwając zwykle krótko, i to krócej u blondynów, niż brunetów. U epileptyków, histeryków i neurasteników w okresach oddalonych od napadów jest dermografia silniejsza. Co do długości trwania, to w porażeniu połowiczem trwa dermografia dłużej na porażonej części ciała, aniżeli na zdrowej.

Sprawą dermografii u dzieci zajął się Brinckmann[5]). Zbadał on 300 dzieci z wynikiem co do znaczenia rozpoznawczego dermografii ujemnym. W przeważnej liczbie przypadków, drażniąc mechanicznie skórę przez posunięcie po jej powierzchni przedmiotem twardym, otrzymał mniej lub więcej wyraźną linię czerwoną. Występuje ona jednak tak u zdrowych, jak i chorych, u chorych bez względu na rodzaj choroby. Nawet wniosku o wzmożonej pobudliwości układu nerwowego z bardziej dodatniego wyniku objawu dermografii nie można wysnuwać.

Reznicek[6]) badał działanie ciepła, zimna, elektryczności, atropiny, adrenaliny i pituitryny na dermografię wypukłą (dermographia elevata). Bez wpływu jest ciepło, elektryczność, atropina i pituitryna, natomiast zimno i wyciąg z nadnercza działają hamująco na taką dermografię. Mechanizm hamujący zimna tłomaczy sobie autor działaniem na mięśnie gładkie naczyń, natomiast działanie adrenaliny tłumaczy sobie również jako działanie na mięśnie gładkie naczyń, ale za pośrednictwem nerwu współczulnego. Zimno zdaje się także działać hamująco na przesiękanie przez naczynia włosowate, co prawdopodobnie nie jest bez znaczenia dla powstawania dermografii wypukłej.

Lapinsky[7]) badając mechanizm i znaczenie rozpoznawcze dermografii, dochodzi do wniosków następujących:

»1. W mechanizmie powstawania dermografii muszą wielką odgrywać rolę ruchy skóry, spowodowane skurczem gładkich mięśni skóry, jako też drgania elastycznej tkanki, w której oczkach leży sieć naczyń skórnych. Skurcz gładkich mięśni skóry musi w następstwie hamować ruch krwi w obrębie skóry właściwej i skóry (najpierw w żyłach). Drgania elastycznych włókien w skórze jak też rozluźnianie się zrębu są w swem działaniu podobne do sprężyny, wychylonej z punktu równowagi. Skutkiem wstecznego sprężystego ruchu pęka ściana naczynia, w następstwie czego światło sieci naczyń włosowatych w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej (stratum papillare i stratum subpapillare) rozszerza się.

2. Naczynia włosowate leżące najbardziej na powierzchni, w których się sprawa dermograficzna odgrywa, mogą się zacho-

1) Inaug. Diss. Erlangen 1907.
2) Bulletin méd. Nr 57 (22 Juillet 1908).
3) Powtórzone za Jahresber. f. Neur. u. Psych.
4) Annali di nevrol. 1910.
5) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. XIII. Nr 4 (1914).
6) W. kl. W. Nr 44 (1914).
7) Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 22; powtórzone za Jahresber. f. N. u. P.

wywać zupełnie biernie. Przyjęcie roli czynnej albo skurczu jest mniej uzasadnione, a to z tego względu, że naczynia włosowate nie posiadają w ścianach pierwiastków mięśniowych, a obecność innych zdolnych do skurczu składników w ich ścianach przez nikogo nie została stwierdzona.

3. Ośrodek naczynioruchowy nie jest czynny w mechanizmie dermografii.

4. Układ współczulny, który innerwuje mięśnie gładkie, reguluje także i sprawę dermograficzną. Z nasilenia dermografii można wnosić i o stanie układu nerwowego współczulnego, i to w tym kierunku, że większa pobudliwość układu współczulnego pociąga za sobą i silniejszą dermografię.

5. Ponieważ schorzenie narządów wewnętrznych, unerwionych przez splot współczulny, może ten układ wyprowadzić z równowagi, a wprowadzić natomiast w stan podrażnienia czy też wzmożonej pobudliwości, możnaby więc z nasilenia dermografii wnosić o stanie narządów wewnętrznych.

6. Patologiczną czerwoną dermografię w okolicy pleców i karku spostrzegano przy schorzeniach narządów wewnętrznych, leżących tak w dużej, jak i małej miednicy.

Barabas[8]) badał dermografię tak u gorączkujących, jak i niegorączkujących. U pierwszych dermografia występowała wcześniej, i to w 3—6 sekund po podrażnieniu, u drugich dopiero w 8—12 sekund. Przy przełomie gorączki lub w okresie zdrowienia występował objaw jeszcze szybciej. U gorączkujących smuga czerwona była szersza, niż u niegorączkujących. Wpływu rodzaju gorączkowej choroby mimo 171 obserwacyi wykazać nie mógł.

Müller[9]) nie przyznaje dermografii większego znaczenia. Co do formy dzieli on dermografię na następujące odmiany:

1. Dermografia biała, jako odczyn na bodziec słaby a krótkotrwały (polega zdaniem autora na bezpośredniem drażnieniu naczyń skóry).

2. Dermografia czerwona przy bodźcu nieco silniejszym; ogranicza się jednak, podobnie jak i poprzednia, do miejsc bezpośrednio drażnionych. Często po obu bokach linii czerwonej przebiegają linie białe.

3. Gdy wywierać będziemy nacisk jeszcze silniejszy, zaczerwienienie nie będzie się ograniczać do linii, ale utworzy plamy czerwone, zlewające się. Ten rodzaj dermografii uważa autor za odruch rdzeniowy.

4. Dermografia wypukła (elevata) jest najrzadsza i polegać ma na lokalnej pobudliwości ścian naczyniowych, a uwarunkowana jest zmianami w chemizmie skóry.

Dermografia biała jest częstsza u osób młodych, bardziej wyraźną znalazł ją autor w przypadku wysokiej gorączki w okresie początkowym duru, w jednym przypadku wiądu rdzenia i w jednym przypadku stwardnienia rozsianego.

Fauconnier[10]) zauważa, że znaczenie dermografii wogóle jest przeceniane, a dermografię gładką uważa się najniesłuszniej za objaw patologiczny i jako objaw neurastenii. Jednolitą metodą zbadał on 120 patologicznych przypadków. Rozróżnia on formy następujące:

1. Dermografia płaska, różowa lub czerwona, trwająca nieraz do 15 minut. Dłużej trwającą znajdował Fauconnier przy padaczce, otępieniu wczesnem i porażeniu postępowem, rzadziej natomiast przy neurastenii.

2. Dermografia wypukła (en relief), także czerwona lub różowa, uważana jest przez tego autora za objaw neuropatyczny; znajdował ją najczęściej przy padaczce, otępieniu wczesnem i u porażeńców postępowych.

O ile uwzględnimy i okolicę ciała, na której skórę drażniono, to odczyn na plecach był zawsze silniejszy, niż na piersi.

Audenino[11]) opisuje przypadek bardzo wybitnej wypukłej dermografii, występującej przeważnie na klatce piersiowej i brzuchu, a trwającej po podrażnieniu 3—6 godzin. Przypadek ten dotyczył epileptyka. Po napadzie drgawek dermografia biała (podobna do tej jaką spostrzegał Negro u osobników z lekkimi objawami nadwerężenia pęczków piramidowych).

Schwartz[12]) dzieli dermografię na 1) obwodową, 2) bolesną i 3) wypukłą. Pierwszy i drugi rodzaj dermografii dzieli jeszcze na białą i czerwoną. Dermografia czerwona jest zawsze najsilniejsza na piersiach i plecach. Ku kończynom nasilenie słabnie, robiąc miejsce dermografii białej. Części skóry leżące po stronie zginaczy, jak i leżące więcej dośrodkowo, są bardziej skłonne do dermografii czerwonej. Wybitnie wpływać na powstawanie dermografii zdaje się przyjęcie pokarmów, ruchy kończyn i ich ewentualne ułożenie. Autor ten zajmował się również wpływem działania nikotyny, kofeiny i alkoholu na powstawanie dermografii. Dwa pierwsze środki wpływają w tym kierunku, że ułatwiają powstanie żywszej dermografii bolesnej; działanie alkoholu nie daje zgodnych wyników. Prąd elektryczny galwaniczny nie wywiera wpływu na dermografię obwodową, natomiast wpływa dodatnio na dermografię czerwoną bolesną; prąd faradyczny wywołuje żywszą dermografię obwodową czerwoną. Większy wpływ na dermografię zdają się mieć: sprężystość naczyń, zawartość hemoglobiny we krwi, kwaśność krwi i wpływy psychiczne. Przy dzisiejszej znajomości fizyologii układu naczynioruchowego nie ma dermografia większego znaczenia w dyagnostyce czynnościowych chorób nerwowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

8) Gyógyászat Nr 7; za Jahresber. f. Neur. u. Psych. (1916).
9) Deutsche Zeitschr. f. Nerv. Bd. 47. u. 48. (1913).
10) Journ. de Neurol. Nr 4 (1911).
11) Rivista neur. IV (1911).
12) Correspbl. f. Schw. Ä. 1917. Nr 26.

Ze szpitala Czerwonego Krzyża w Nowym Sączu

Odczyny barwne moczu w rozpoznaniu duru brzusznego, zapaleń płuc i gruźlicy.

Podał

stud. med. **Antoni Lasek.**

Przy wykonywaniu rozbiorów moczu uderzyło mnie, że odczyn barwny błękitem metylenowym, podany przez Kusso (Zeitschr. f. Tuberkulose T. 17. Z. 3), wypadał dodatnio bez porównania częściej od odczynów: dwuazowego Ehrlicha i Weisza.

Zacząłem więc przy wszystkich rozbiorach stosować wszystkie trzy odczyny i porównywać wyniki, aby zdać sobie sprawę, który z odczynów daje najwcześniejsze i najpewniejsze wyniki, mogące posłużyć do oryentacyi wtedy już, kiedy nie można jeszcze ująć obrazu choroby i ustalić rozpoznania.

Odczyn metylenowy wykonywałem, zaprawiając 5 cm sz. moczu 5 kroplami 1‰ rozczynu błękitu metylenowego lub 2 kroplami 2‰ rozczynu błękitu i 0·5 cm sz. chloroformu.

Z licznego szeregu spostrzeżeń przytoczę kilka.

1. 4. XI. 1917. P. S. l. 22, c. wiecz. do 38·8° C. Mocz: barwa winno-żółta, c. g. 1018, białka, cukru niema. Diazo —, Ehrlicha —, Weisza +, Metylenowa +. W plwocinie: Prątki Kocha (Gaffky 2). Rozpoznanie Tbc pulmonum.

2. 8. XI. 1917. P. J. l. 28, c. wiecz. do 38·6° C. Mocz: winno-żółty, c. g. 1025, białka, cukru niema. Diazo —, Weisza —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc. apicum.

3. 10. XI. K. St. l. 21, c. wiecz. do 37·3° C. Wybujałości gruźlicze na podniebieniu, zajęcie gruczołów. Mocz: winno-żółty, c. g. 1020, białka, cukru niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątki Kocha (Gaffky 4). Rozp. Tbc. pulm.

4. 18. XI. 1917. W. J. l. 24, c. wiecz. do 38·9° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1026, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. Plwocina: Prątki Kocha (Gaffky 3). 21. XI. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 30. XI. Exitus letalis.

5. 29. XI. H. l. 26, c. wiecz. do 38·5° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1027, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum. 2. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 6. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 6. XII. Plwocina: Prątki Kocha (Gaffky 2). Rozp. Tbc pulm.

6. 3. XII. 1917. B. B. J. l. 27, c. wiecz. do 38° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1018, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. **Tbc apicum.**

7. 19. XII. Z. K. l. 20, c. wiecz. do 37·4° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1018, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

8. 2. I. 1918. Bł. J. l. 28, c. wiecz. do 38° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1022, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

9. 15. I. K. W. l. 19, c. wiecz. do 38·4° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1019, cukru niema, białka ślad, Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. Plwocina: Prątki Kocha (Gaftky 6), osad moczowy: l. leukocyty, nabłonki miedniczek nerkowych, wałeczki gruboziarniste, prątki Kocha. Rozp. Tbc pulmon. et renum.

10. 20. I. Z. J. l. 28, c. wiecz. do 38·2° C. Mocz: złoto-żółty, c. g. 1019, białka, cukru niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. Rozp. Tbc apicum.

11. 12. II. 1918. M. N. l. 29, c. wiecz. do 39·8° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1028, cukru niema, białka ślad. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. 15. II. Diazo —, Weisz +, Metylenowa + 14. II. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W plwocinie: Bact. pneumoniae Friedländeri. Rozp. Pneumonia.

12. 3. III. 1918. Ł. K. l. 25, c. wiecz. do 39·6° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1026, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. Plwocina: Prątków Kocha nie znaleziono. 4. III. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 5. III. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 6. III. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W plwocinie: Bact. pneumoniae. Rozp. Pneumonia.

13. 1. II. M. O. l. 18, c. wiecz. do 40·2° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1028, cukru niema, białko 2·3‰ m. Esbach. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W plwocinie: Bact. pneumoniae. Rozp. Pneum., vitium cordis. 3. II. Exitus letalis.

14. 2. XII. 1910. J. W. l. 23, c. wiecz. do 40° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1033, cukru niema, białka ślad. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 3. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 4. XII. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. W kale: Bact. typhi. 5. XII. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. Rozp. Typhus abdomin.

15. 3. I. 1918. R. J. l. 26, c. wiecz. do 39·5° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1028, cukru, białka niema. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 4. I. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 5. I. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 6. I. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W kale: Bact. typhi: Rozp. Typhus abdominis.

16. 8. XII. 1917. D. S. l. 19, c. wiecz. do 39·8° C. Mocz: wysycono-żółty, c. g. 1026, cukru niema, białka ślad, Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 9. XII. Diazo —, Weisz —, Metylenowa +. 12. XII. Diazo —, Weisz +, Metylenowa +. 13. XII. Diazo +, Weisz +, Metylenowa +. W kale: Bact. typhi. Rozp. Typhus abdomin.

Już z przytoczonych przypadków widać, że próba metylenowa wypada dodatnio wtedy już, kiedy odczyn dwuazowy i Weisza dają jeszcze ujemne wyniki. Pewność próby metylenowej potwierdzają badania drobnowidowe, jak i dodatnie odczyny dwuazowy i Weisza.

W wielkiej liczbie zajęcia szczytów płuc (z górą 100 przypadków), przebiegającego bez podniesień ciepłoty, w których i próba dwuazowa i odczyn Weisza wypadały ujemnie, próba błękitem metylenowym dawała zawsze wynik dodatni: jasno-szmaragdowe lub barwę akwamarynu mające zabarwienie moczu. Warstwa chloroformowa, pochłaniając resztki niezmienionego błękitu metylenowego, barwiła się z reguły błękitnie.

W stanach z wysoko podniesioną ciepłotą, próba błękitem metylenowym wywoływała zabarwienie moczu ciemno-szmaragdowe przy błękitnem zabarwieniu warstwy chloroformowej. Próbę taką uważałem za wybitnie dodatnią.

Odczyn dwuazowy Ehrlicha bardzo często zawodził, nawet w przypadkach otwartej gruźlicy, w których próba błękitem metylenowym zawsze dawała wyniki niewątpliwie dodatnie, potwierdzone obecnością prątków Kocha w plwocinie. Wcześniej i częściej od odczynu dwuazowego Ehrlicha zgadzał się z dodatnią próbą metylenową odczyn Weisza, choć i on często zawodził nawet w przypadkach, nie ulegających pod względem rozpoznania żadnej wątpliwości.

Okoliczność, że badaniem chorych zajmowało się dwóch lekarzy, ja zaś prowadziłem jedynie rozbiory wydalin, potwierdza zgodność podanych faktów.

Łatwość wykonania wszystkich trzech odczynów pozwala każdemu na ich wypróbowanie i upewni, że próba błękitem metylenowym powinna zyskać przed odczynem dwuazowym i Weisza pierwszeństwo, bo o trzy, cztery i więcej dni wcześniej od nich wypada dodatnio, wykrywając zakażenie; jest zaś i najczulszą, daje bowiem wyniki dodatnie tam, gdzie tamte obie próby zawodzą, a gdzie rozpoznanie potwierdza obraz kliniczny i drobnowidowy.

Z piśmiennictwa wspomnę krótko, że odczyn Kusso z błękitem metylenowym uważano zrazu za swoisty dla gruźlicy, jednakże ten pogląd nie mógł się długo utrzymać. Boit stwierdził, że przy dodatnim odczynie Kusso także i odczyny: dwuazowy Ehrlicha i Weisza wypadają dodatnio. Gergely zbadał w przeszło 1000 przypadków porównawczo odczyny w moczu i stwierdził, że odczyn Kusso jest w ciężkich przypadkach gruźlicy częściej dodatni, niż dwuazowy, a rzadziej, niż urochromogenowy, w durze i paratyfusie zawsze dodatni i wcześniejszy od dwuazowego, wreszcie niekiedy bywa dodatni także w ciężkiej czerwonce, ciężkiem zapaleniu płuc i t. p. Weisz utrzymuje, że odczyn Kusso i urochromogenowy wypadają równocześnie dodatnio.

W 40 przypadkach dodatniego odczynu Kusso badałem mocz co do urochromu (według Malarskiego 5 cm sz. moczu z równą objętością kwasu siarkowego) i stwierdzałem (sądząc kolorymetrycznie) zwiększenie urochromu zaledwie w jednej trzeciej przypadków.

Piśmiennictwo: 1) Kusso: Zeitschr. f. Tuberkulose. T. 17. Z. 3. — 2) Boit. M. m. W. 1916. Nr 43. s. 1515. — 3) Gergely. M. m. W. 1917. Nr 44. — 4) Lipp. M. m. W. 1916 Nr 46. — 5) Rhein. M. m. W. 1917. s. 1608. — 6) Tripold. M. m. W. 1917. Nr 44. — 7) Weisz. Biochem. Zeitschr. 30. s. 333.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

węzłowatość tętnicy, periarteriitis nodosa, nodositas arteriae.
narząd zgąbczały, Schaumorgan (nécrose gazeuse).
teorya piankowatości, Schaumtheorie (des Protoplasma).
płat oddzielony, Schnürlappen.
nerwica przerażenna, Schreckneurose.
ogłuchnienie przerażenne, Schrecktaubheit.
wstrząśnica, Schüttelapparat.
gorączka krwinkogubna, Schwarzwasserfieber.
naprężliwość, pęczliwość, Schwellbarkeit.
odruch ścięgienny, Sehnenreflex.
sposób samobarwienia się, Selbstfärbungsmethode.
samoznaczący, selbstregistrierend.
moczopochodny, moczowy, urogen.
dnawiec, Uratiker.
uodpornienie surowicą, serovaccinatio.
rozpoznawanie surowicą(ami), Serodiagnostik.
uodpornianie zespolone, Simultanimmunisierung, kombinierte Immunisierung. 12.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 13 marca 1918

(Dokończenie).

II. Kol. prof. Rosner demonstruje:

1) Przypadek garbu III—V kręgu lędźwiowego, który wytworzył postać miednicy, zwaną **pelvis obtecta**. Chora przebyła przed kilku laty cięcie cesarskie metodą, zastosowaną do niezwykłych warunków. Obecnie chora jest znowu w ciąży i okazuje objawy hypertyreoidyzmu ze znacznem osłabieniem serca. Prelegent dopatruje się w tem wskazania do przerwania ciąży dla uniknięcia powtórnego cięcia cesarskiego.

2) Preparat **mięśniaka podsurowiczego** kształtu nerki, okazujący t. zw. różową martwicę z przesiąknięciem barwikiem krwi. Mięśniak oddzielony był prawie zupełnie od ściany macicy i niedostatecznie odżywiany zrostami. Obumarcie jego wywołało objawy otrzewne. Chora po operacyi powróciła do zupełnego zdrowia.

3) Trzy preparaty **macic ciężarnych, dotkniętych mięśniakami.** W jednym przypadku ciąża nie została przed operacyą rozpoznana; była to ciąża wczesna przy ogromnych guzach mięśniakowych, powodujących krwawienie. W drugim przypadku rozpoznano mięśniaki i ciążę. Ponieważ chora była dotknięta gruźlicą płuc, dającą wskazanie do przerwania ciaży, przeto obawiając się zabiegów wśródmacicznych przy dużych mięśniakach, usunięto całą macicę ciężarną, chcąc nadto zabezpieczyć chorą przed dalszemi ciążami i wywrzeć korzystny wpływ na przemianę materyi, ułatwiający gojenie się spraw płucnych.

4) Dwa przypadki **raka szyjki macicznej z równoczesną ciążą.** R. omawia przytem zły wpływ ciąży na przebieg raka i wskazania operacyjne, wykluczające wszelkie względy na rozwijający się płód. (Streszczenie własne).

Dr Michejda, sekretarz doroczny.

Polemika.

Otrzymujemy list następujący:

W imię bezstronności upraszam uprzejmie o zamieszczenie w »Przeglądzie« następującej odpowiedzi na uwagi w sprawie mego poglądu na organizacyę zdrowia, wydrukowane w wiadomościach bieżących Nr 22 »Przeglądu lekarskiego«.

Autor uwag tych pisze: »Zajęte przez Dr Polaka stanowisko (t. j. pogląd na utworzenie Ministeryum zdrowia publicznego) nie zgadza się ze stanowiskiem większości kół lekarskich tak w Europie, jak w Polsce, dążących do skupienia spraw zdrowia w osobnem ministeryum. To też koła lekarskie w Polsce z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego na czele gorąco powitały utworzenie Ministerstwa zdrowia w Warszawie, któremu w tych zwłaszcza początkach jego pracy należy, jak sądzimy, przedewszystkiem na każdym kroku iść z pomocą«.

Otóż mniemam, że każdy szczegół tej krótkiej wzmianki wymaga wyjaśnienia, resp. sprostowania.

A więc przedewszystkiem w Europie »większość kół lekarskich« nie dobijała się i nie dobiła się utworzenia ministeryum zdrowia, ale za to rządy i społeczeństwa dobiły się zmniejszenia śmiertelności więcej niż o jedną trzecią w porównaniu z naszą, czego dopięły bez ministerstw zdrowia. W jednej tylko Rosyi udało się prof. Rejnowi, lejbmedykowi, urządzić na kilka miesięcy ministeryum zdrowia, które Sejm obalił, opierając się na zdaniu lekarzy i samorządów. Jeżeli zaś Uniwersytet Jagielloński powitał gorąco utworzenie ministeryum, to, wobec faktu, że w czasie tym nie mógł nawet poznać organizacyi jego, bo jej nie ogłoszono, można rozumieć powitanie to, jako wylew uczucia bądź z powodu wogóle zarysów budowy państwa, bądź wobec faktu, że rząd wyraził tem, iż pragnie się liczyć poważnie ze zdrowiem, skoro nawet nie skąpił dlań oddzielnego ministeryum.

Niema mowy o tem, aby Wydział lekarski sprawę organizacyi zgłębił i żadne koła lekarskie w kraju, prócz Towarzystwa higienicznego i Komisyi przedstawicieli czterech Towarzystw lekarskich w Warszawie, sprawy tej szczegółowo nie badały.

Co się zaś tyczy osobistych moich poglądów, to autor wzmianki Nr 22 przedstawia sprawę tę wręcz błędnie. Otóż na posiedzeniu owej Komisyi delegatów czterech Towarzystw (rektor Brudziński, Dr Chodźko, Dr Męczkowski, Dr Giedroyć, Dr Kramsztyk, Dr Jaworski, Dr Radziwiłłowicz, Dr Bączkiewicz, dziekan Kryński, Dr Dąbrowski i inni), której złożony został, obok innych, referat Dr Kramsztyka o ministeryum zdrowia, przedstawiłem mój »Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego w Polsce«, w którym, opierając się na zasadzie głównej, że postęp zdrowia publicznego w Polsce, zgodnie z istotą rzeczy i duchem dziejów Polski, oprzeć należy na samorządach, powiedziałem, iż »centralną instytucyą zdrowia publicznego winno być ministeryum samorządów i zdrowia publicznego (str. 44 i 47)«, zostałem jednak przegłosowany przez wszystkich obecnych, nie wyłączając przyszłego ministra zdrowia i Komisya rzeczona, która debaty swe na moim projekcie oparła, zmieniła wyrazy, »zarząd główny zdrowia publicznego w Polsce należy do ministeryum samorządów i zdrowia publicznego« na »należy do ministeryum spraw wewnętrznych«.

Gdyby więc autor wzmianki zapragnął poddać rewizyi uwagi swoje, musiałby zapewne raczej powiedzieć, że to ja pragnąłem ministeryum zdrowia, a wszystkie koła lekarskie ministeryum spraw wewnętrznych. Ustąpiłem jednak bez oporu, gdyż lubo i dziś jestem przekonany, że samorządy winny posiadać osobne ministeryum ze zdrowiem połączone, to jednak mniemam, że organizacya zdrowia i w ministeryum spraw wewnętrznych, w projekcie Towarzystwa nakreślona, zapewnia zdrowiu publicznemu dość mocne i samodzielne stanowisko.

Z poważaniem

J. Polak.

Warszawa, 20. lipca 1918.

Uwaga Redakcyi. List powyższy wyjaśnia dokładnie stanowisko Dr Polaka, nie zmienia jednak w niczem faktu, że samodzielne ministerstwo zdrowia jest czem innem, niż dołączenie spraw zdrowia do ministerstwa samorządów, jak to Dr Polak proponował. Co do stanowiska większości kół lekarskich w Europie rozstrzygająca jest bardzo obszerna kilkoletnia dyskusya w czasopismach zawodowolekarskich, zwłaszcza niemieckich i austryackich, która, jak się zdaje, uszła uwagi Dr Polaka. Sprawa ustroju sanitarnego w Polsce była przedmiotem narad nietylko w Towarzystwie higienicznem warszawskiem, ale także w innych zrzeszeniach w Warszawie, w Towarzystwach lekarskich i Izbach lekarskich w Galicyi, w naszych czasopismach lekarskich i osobnych broszurach; ale i to, zdaje się, uszło uwagi Dr Polaka, jak również powitanie Polskiego Ministerstwa zdrowia nietylko przez Wydział lekarski krakowski, ale także warszawski i lwowski. Te szczegóły musimy zaznaczyć dla sprostowania faktów. Inna polemika jest zgoła niewczesna i dlatego jej nie podejmiemy.

Zmarli: Dr Bolesław Serkowski, emeryt. starszy lekarz powiatowy, w 79 r. ż. w Stryju. Ur. w Podgórzu, ukończył studya w Krakowie, poczem był przez 4 lata asystentem kliniki chorób wewnętrznych prof. Gilewskiego w Krakowie. Następnie był prymaryuszem szpitala powszechnego w Brzeżanach, a przez przeszło 30 lat lekarzem powiatowym. Na wszystkich stanowiskach niestrudzenie służył cierpiącej ludności, jednając sobie powszechną miłość i szacunek.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 34. Kraków, 24. sierpnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 24. sierpnia 1918 Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski.

(Ciąg dalszy).

Jak więc widać z przytoczonego piśmiennictwa, traktującego o dermografii, przeważna część autorów przyznaje dermografii znaczenie nader małe, albo odmawia go zupełnie. Mnie się zdaje jednak, że stanowisko to nie jest słuszne. Większość prac utyka w dwu kierunkach. Pierwszym byłby brak jednolitej metody u większej liczby autorów, co nie daje możności porównania wyników ze sobą. Drugą wadą jest niedostatecznie metodologiczne obrobienie uzyskanego materyału.

Co się tyczy braku jednolitości metody, to warunkowany on jest: a) brakiem jednolitego narzędzia, którem drażnimy skórę, b) rozmaitością nacisku wywartego na skórę, c) brakiem jednolitej okolicy ciała, którą drażnimy, d) rozmaitością określeń uzyskanego wyniku.

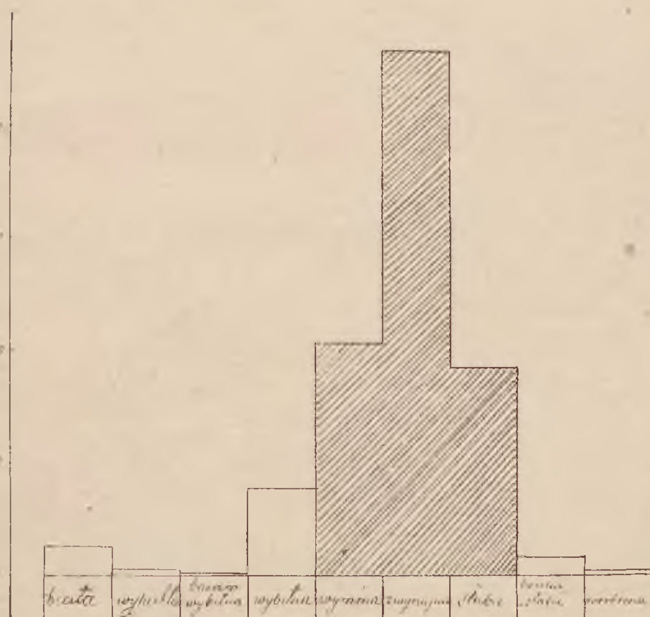
Narzędziem najczęściej używanem jest główka lub ostrze szpilki, rączka do pisania, paznokieć i t. d. Rozmaitość wywartego nacisku, zawsze mocno indywidualna, nawet u tego samego badacza, tem rozmaitszym ulega wahaniom u różnych badaczy.

Jak widzieliśmy powyżej, nie jest to rzeczą obojętną, czy drażnimy skórę na piersiach, plecach, brzuchu, czy na kończynach. Nieraz jeden i ten sam postrzegacz zależnie od okoliczności drażni skórę raz na piersiach, drugi raz na plecach, a wynik wpisuje pod tą samą rubryką.

Co się zaś tyczy określenia uzyskanego wyniku, to to największym ulega wychyleniom. Poza wprowadzonemi przez jednych bardziej stałemi określeniami, jak »dermographia elevata«, »alba«, »rubra«, »dolorosa« i t. d., inni określają nasilenie, jak zwyczajna, wyraźna, wybitna, słaba. Tutaj różnice w określaniu dochodzą do maximum: to, co u jednego jest wyraźnem, u drugiego może być wybitnem, u innego znowu zwyczajnem.

Rzeczą jest łatwo zrozumiałą, że podobny skrajny brak jakiejkolwiek wspólnej metody nietylko w stosowaniu bodźca, ale i w określaniu otrzymanego wyniku, prowadzić musi do chaosu, a wyniki uzyskane przez poszczególnych autorów mogą mieć tylko znaczenie dla nich samych, ale w żaden sposób nie dadzą się ze sobą porównywać. Gdybyśmy, nie znając termometru, chcieli badać ciepłotę u chorych raz w fałdach skóry, to znowu na powierzchni lub w ustach; dotykając ciała raz dłonią, a raz grzbietem ręki, a otrzymane wrażenie określalibyśmy: jest gorączka lub jej niema, jest mała lub znaczna; gdybyśmy wreszcie przeprowadzali nasze badania raz rano, a raz wieczorem lub w południe, to porządkując wyniki i porównując je ze sobą znaleźlibyśmy się w tem samem położeniu, w jakiem znajdujemy się teraz z naszą znajomością dermografii. A przecież nie odmówimy gorączce olbrzymiego znaczenia w dyagnostyce chorób wewnętrznych. Trzebaby się więc postarać o jednolitą metodę, któraby była stosowana przez większą liczbę obserwatorów, a któraby wykluczała wymienione powyżej braki. Dopiero, gdyby przy zastosowaniu takiej metody nie uzyskano wyników dodatnich, możnaby odmówić dermografii znaczenia rozpoznawczego objawu klinicznego.

Druga wada dotyczy obrabiania otrzymanego materyału według wymogów metod statystycznych. Skorelowanie jakiegoś objawu z jednostką chorobową nie jest wystarczające dla powiązania ich z sobą w przyczynową lub współrzędną zależność. Jeżeliśmy n. p. przy padaczce zauważyli dermografię wypukłą, to musimy odpowiedzieć jeszcze na następujące pytania: 1) w ilu przypadkach padaczki była dermografia wypukła, 2) w ilu przypadkach bez padaczki była dermografia wypukła, 3) w ilu przy-



Dementia praecox.



Katatonia

padkach padaczki nie była dermografia wypukłą, 4) w ilu przypadkach bez padaczki nie była dermografia wypukłą.

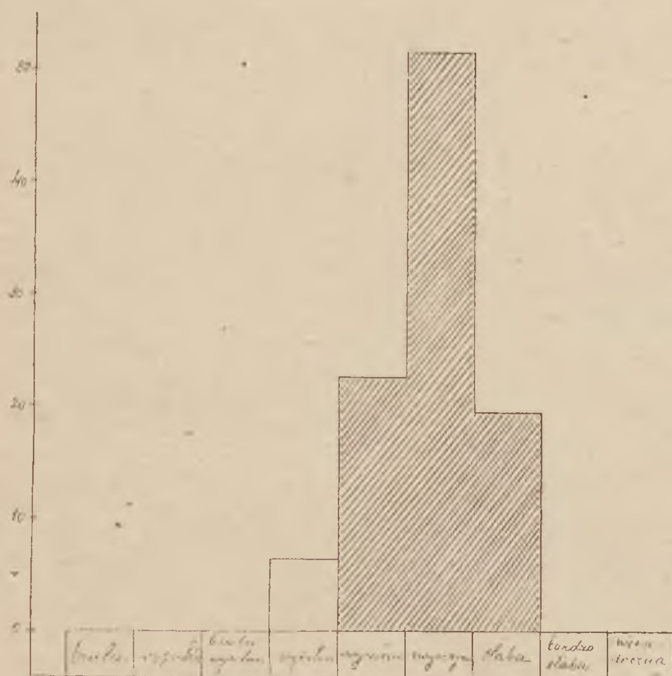
Dopiero wynik, poparty powyższem rozumowaniem, nabiera znaczenia ściśle naukowego.

II.

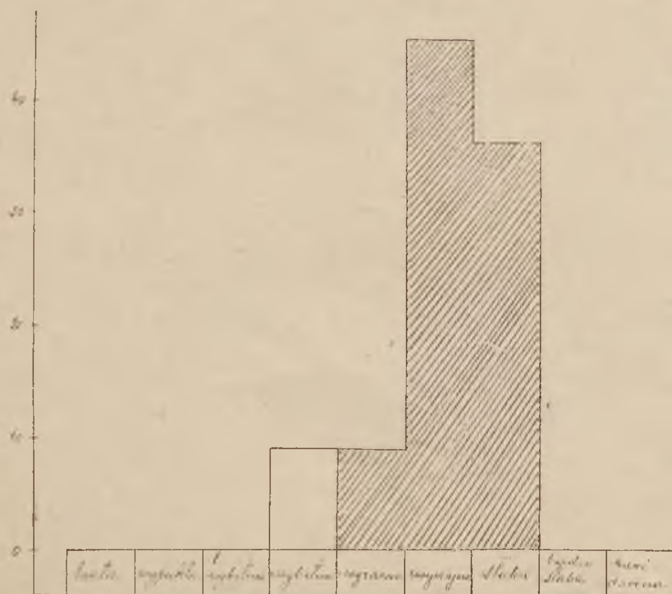
Mając w r. 1914 do rozporządzenia materyał Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, a korzystając z wielkiej liczby chorych, postanowiłem poddać go badaniom w kierunku dermografii. Za podjęciem tej pracy przemawiał przedewszystkiem sam rodzaj chorych (choroby umysłowe), który budził pewne nadzieje wyniku dodatniego, wreszcie możliwość poczynienia wielkiej ilości obserwacyi, co na błąd osobniczy obserwatora wpływa zawsze bardzo łagodząco.

Chcąc o ile możności postępować jednolicie, trzymałem się stale następującego programu:

1. Drażniłem skórę zawsze na piersiach.
2. Jako narzędzia, którem drażniłem, używałem tępego końca linealu kraniometru (równocześnie robiłem pomiary antropometryczne).
3. Wynik dermografii określałem: dermografia wypukła, bardzo wybitna; wybitna, bardzo biała, biała, wyraźna, zwyczajna, słaba, bardzo słaba, niewidoczna.



Dementia paranoides



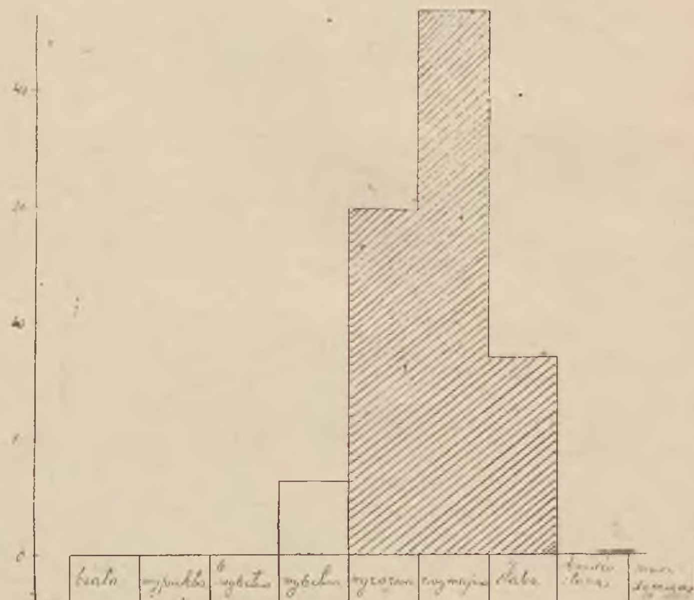
Hebephrenia

Kiedy mowa o dermografii wypukłej, bardzo wybitnej, wybitnej, wyraźnej, zwyczajnej, słabej i bardzo słabej, miałem zawsze na myśli dermografię czerwoną.

Materyał chorych, podzielony według płci, podzieliłem jeszcze na ludność tubylczą i żydów. Do przeprowadzenia tego podziału nakłonił mię znany fakt, że ludność żydowska jest niezwykle podatna do pewnych schorzeń układu nerwowego (choroba Tay-Sachsa, histerya, kurcz torsyjny).

Po przeprowadzeniu tego podziału otrzymałem cztery grupy:

katolicy	mężczyźni	671
	kobiety	265
żydzi	mężczyźni	136
	kobiety	73
	Razem	1145



Psychosis mania depr.



Dementia senilis.

Ogółem.

	Dementia praecox	Katatonia	Dementia paranoides	Hebephrenia	Psychosis man. depr.	Dementia senilis	Paralysis progressiva	Epilepsia	Imbecillitas	Idiotismus	Alcohol. chronicus	Hysteria	Degen. mentalis	Morbus Basedowi	Paranoia	
D. wypukła	4 0·5	1 1·2						1 0·8								5 0·44
D. bardzo wybitna	3 0·4															3 0·26
D. wybitna	59 7·8	9 11·1	2 6·4	1 9·0	3 6·4		4 4·4	13 10·7	3 6·5	1 7·1						83 7·25
D. bardzo biała	1 0·1															1 0·09
D. biała	20 2·6	3 3·7					1 1·1	5 4·1			1 3·3					27 2·36
D. wyraźna	156 20·7	17 20·9	7 22·5	1 9·0	14 29·8	1 5·3	20 22·2	29 23·9	9 19·6	3 21·4	9 30·0	1 11·1	3 27·3	1 100·0	2 50·0	248 21·66
D. zwyczajna	352 46·7	27 33·3	16 51·6	5 45·5	22 46·8	13 68·4	46 51·1	49 40·5	24 52·2	7 50·0	15 50·0	8 88·9	5 45·4			541 47·25
D. słaba	140 18·5	22 27·1	6 19·3	4 36·4	8 17·0	5 26·3	19 21·1	22 18·2	10 21·7	2 14·3	5 16·7		3 27·3		2 50·0	216 18·66
D. bardzo słaba	15 1·9	2 2·4						1 0·8		1 7·1						17 1·48
D. niewidoczna	3 0·4							1 0·8								4 0·35
	753	81	31	11	47	19	90	121	46	14	30	9	11	1	4	1145

Co dotyczy rozpoznań klinicznych, to, ponieważ chorych somatycznie, leczonych na infirmeryi, wyłączyłem z badania, uwzględniałem tylko rozpoznania psychiatryczne i w kilku poszczególnych przypadkach także rozpoznania neurologiczne (mb. Basedowi). Rozpoznania odpisywałem z historyi chorób. O ile w poszczególnych przypadkach rozpoznanie było kilkakrotnie nawet zmienione, to przyjmowałem ostatnie za prawdziwe. Co dotyczy otępienia wczesnego, to tylko w pewnym stosunkowo niedużym odsetku było ono zróżnicowane co do trzech zasadniczych form tego cierpienia: katatonia, hebephrenia i dementia paranoides. (Na 753 przypadki otępienia wczesnego tylko 81 było rozpoznanych, jako katatonia, 31 dementia paranoides i 11 hebephrenia). W rubryce dementia praecox (patrz tablice) umieszczałem wszystkie przypadki otępienia wczesnego, a więc tak te, które ze względu na subtelniejszą dyagnozę umieszczałem potem w rubrykach: katatonia, hebephrenia, dementia paranoides, jak i przypadki, rozpoznane z grubsza tylko jako dementia praecox.

Niektóre cierpienia w bardzo małej liczbie chorych umieściłem w tablicach tylko dla całości obrazu, nie przywiązując jednak do otrzymanych wyników żadnej wagi.

Nie jasnem jest również rozpoznanie niedostatecznego rozwoju umysłowego, umieszczonego w tablicy pod nazwą imbecillitas i idiotismus. Wiadomą jest rzeczą, że niedostateczny rozwój umysłowy, objęty przez Kraepelina zbiorową nazwą oligofrenii, nie jest jednostką kliniczną, nie jest rozpoznaniem tego rodzaju, jak porażenie postępowe lub choćby nawet otępienie wczesne (schizophrenia). Jest to tylko rozpoznanie psychologiczne tych przypadków, gdzie rozwój umysłowy został wstrzymany przez jakiekolwiek przyczyny, działające z wewnątrz lub z zewnątrz. Przyczynami, działającemi z wewnątrz, poza wadami rozwojowemi, może być cały szereg najrozmaitszych cierpień, które wystąpiły u danego osobnika przed dojściem do zupełnego rozwoju umysłowego. Rozpoznanie imbecillitas czy idiotismus nic nam nie mówi o naturze tych cierpień, któremi mogą być nietylko schorzenia układu nerwowego ośrodkowego (hydrocephalus, sclerosis tuberosa itd.), lecz także zaburzenia w przemianie materyi (rhachitis), a nawet choroby umysłowe w wieku dziecięcym. A przecież właśnie te cierpienia mogą wywierać rozmaity wpływ na powstawanie dermografii, gdy rozpoznanie głupowatości (idiotyzmu) ma znaczenie poślednie.

Przechodząc teraz do omówienia szczegółowego po dokładnem rozejrzeniu się w tablicach, pierwszą rzeczą, wpadającą w oczy, jest stosunkowo bardzo duży procent dermografii, określanej przezemnie jako dermografia zwyczajna. Przy zestawieniu ogólnem wynosi ona 47·25%. Dwie graniczne grupy stanowią dermografia wyraźna około 21·66% i dermografia słaba 18·86%, Jeżeli te trzy grupy złączymy w jedną, gdzie przejścia w jedną czy drugą stronę zawsze jednak uważać możemy tylko za fizyologiczne wahania natężenia, otrzymamy bardzo wysoki odsetek, bo 87·77% czyli przeszło $^{6}/_{7}$ wszystkich spostrzeżeń.

Dermografia wybitna stanowi zaledwie 7·25%. Jeszcze rzadsza jest dermografia biała 2·36%. Dermografię bardzo wybitną udało mi się otrzymać tylko w 3 przypadkach, co stanowi zaledwie 0·26%. Nieco częstszą była dermografia bardzo słaba 1·48%. Nie otrzymałem żadnej dermografii w 4 przypadkach, co stanowi 0·35%.

Dermografia wypukła była obecna tylko 5 razy czyli w 0·44%.

Uwzględniając równocześnie różnice narodowościowe, da się naogół zauważyć, że u mężczyzn żydów dermografia zwyczajna w odsetkach przewyższa ten rodzaj dermografii u mężczyzn katolików na niekorzyść dermografii wyraźnej i słabej. Wybitniejszych różnic niema, a o ile jakie się trafiają, to dadzą się usprawiedliwić nierównie mniejszą liczbą obserwacyi u ludności żydowskiej.

Różnice płciowe, gdzie chodzi o większą liczbę chorych, są minimalne.

Zamieszczone rysunki przedstawiają stosunek procentowy rozmaitych rodzajów dermografii przy równoczesnem uwzględnieniu rozpoznania klinicznego. Widzimy, że w każdem cierpieniu olbrzymią większość stanowi dermografia zwyczajna łącznie z wyraźną i słabą bez większych różnic przy poszczególnych rozpoznaniach. Najbardziej nas interesująca dermografia wybitna występuje stosunkowo dość równomiernie przy wszystkich cierpieniach (o ile odpowiednią liczba spostrzeżeń), nie przekraczając jednak ogółem nigdy 11·1%. Trzy tylko cierpienia zdają się być upośledzone co do dermografii, a mianowicie

otępienie starcze i przewlekły alkoholizm, gdzie jej brak zupełnie, oraz porażenie postępujące o stosunkowo małym odsetku 4·4%. Przyczyna prawdopodobnie leży w zmianach chorobowych ścian naczyniowych. Jak wiadomo, wszystkie te trzy cierpienia przebiegają ze schorzeniem naczyń.

Streszczając wszystko, możemy powiedzieć, że otrzymane przez nas wyniki nie pozwalają w żadnym razie przyznać dermografii przy dzisiejszym stanie jej badania jakiegokolwiek znaczenia rozpoznawczego w dyagnostyce chorób umysłowych. We wszystkich cierpieniach umysłowych występowała dermografia w olbrzymiej większości jako dermografia zwyczajna z fizyologicznemi wahaniami w kierunku wyraźnej i słabej. Dermografia natomiast, odbiegająca od normy, w znikomej tylko liczbie przypadków obecna, nie wykazywała wybitniejszej różnicy w żadnym kierunku dla żadnego cierpienia.

Jak już wspomniałem, wydanie sądu tego rodzaju jest tylko warunkowe i musi odnosić się tylko do dzisiejszej metody badania objawu.

Z doskonaleniem się każdej dziedziny nauk przyrodniczych związany jest moment ograniczania z czasem metod opisanych przez zastępowanie ich metodami, pozwalającemi dane zjawisko przedstawić liczbą, innemi słowy zmierzyć. Mamy termometr, perymetr, dynamometr, mamy odczyny ilościowe białka czy cukru; gdzie brak odpowiedniej metody, pozwalającej nam niejako zmierzyć dane zjawisko, tam wyniki naszych badań są niepewne i bez wartości.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Prof. J. Hirschberg: **Geschichte der Augenheilkunde.** Tom III. Rozdział 18. Polscy okuliści IX stulecia.

W swem dużem dziele p. t. »Historya okulistyki« poświęca Hirschberg jeden rozdział okulistyce polskiej. We wstępie zaznacza, że szczegółowe dane, odnoszące się do życiorysów i dzieł naukowych polskich okulistów, zawdzięcza prawie w całości Wicherkiewiczowi, z którym łączyła go blizka przyjaźń i jego też pamięci ten rozdział swego dzieła poświęca. Dzieje okulistyki polskiej przedstawione są dosyć wyczerpująco i z widoczną życzliwością. Autor omawia po kolei losy okulistyki, t. j. działalność wybitnych okulistów i rozwój okulistycznych zakładów w trzech głównych środowiskach nauki polskiej, w Warszawie, we Lwowie i Krakowie. Więcej miejsca poświęca życiorysom Wiktora Szokalskiego, Józefa Talki, Lucyana Rydla, Emanuela Macheka i Bolesława Wicherkiewicza.

W tekście znajdujemy trzy portrety: Szokalskiego, Gepnera (starszego) i Wicherkiewicza. Historya kończy się na wspomnieniu pośmiertnem o Wicherkiewiczu, którego wielkie zasługi około podniesienia okulistyki polskiej podnosi Hirschberg w bardzo gorących wyrazach. K. W. M.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

obcy komórce, zellfremd.
zespół komórkowy, Zellverband (syncytium).
gorączka kleszczowa, Zeckenfieber.
przechowywacz, Zwischenträger (wirt).
komórka śródmiąższowa, Zwischenzelle.
treść, zawartość, ilość (n. p. białka), Gehalt.
pylica żelazista płuc, pneumokoniosis siderotica.
ziarenkowiec płucny, pneumococcus.
choroba pyłkowa, Pollenkrankheit.
nerwica serca, phrenocardia.
moczenie fosforanami (jak moczenie krwią), phosphaturia.
moczenie pentozami, pentosuria.
zadraźnienie otrzewnej, peritonismus.
gronkowica (krwi), staphylohaemia.
komórka zapylona, Staubzelle.
wznośność, Steigkraft.
znieruchomienie strzemienia, Stapesankylose.
kurcz wyprostny, Streckkrampf.
powolowy, potarczyczny, strumipriv. 13.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Prof. Dr Antoni Mars testamentem z dnia 18. grudnia 1917 legował Towarzystwu lekarzy galicyjskich sumę 3.000 (trzy tysiące koron), które mają być dołączone do funduszu Jego imienia, przeznaczonego na wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

Kraków. Ze składki na wieniec na trumnę ś. p. prof. Dr Glińskiego złożył korpus oficerski i grono urzędników c. i k. szpitala garnizonowego Nr 15, w którym ś. p. Gliński pełnił służbę wojskową, jako prosektor, kwotę 896 koron do rąk redaktora »Przeglądu lekarskiego«, a z przeznaczeniem na fundusz imienia Zmarłego.

— W Rzeszowie odbyło się 24. VIII. zebranie kolegów z Rzeszowa i okolicy dla uczczenia jubileuszu 50-letniej pracy lekarskiej Dr Anama Zagórskiego, b. oficera wojsk polskich powstańczych w r. 1863. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłała czcigodnemu Jubilatowi ze swej strony życzenia.

Warszawa. Zjazd w sprawie higieny gmin urządza Warszawskie Towarzystwo higieniczne w d. 21—23 września b. r.

Z różnych stron. Austryackie ministerstwo sanitarne weszło w życie. Ministrem został prof. Dr Horbaczewski (dotychczas minister »bez teki«). Z Galicyi mianowani zostali koncepistami ministerstwa lekarz powiatowy Dr Emil Barański i sędzia Dr Starosolski, natomiast nikt z Galicyi nie został powołany na żadne wyższe stanowisko, to jest ani szefa sekcyi (których jest 4), ani radcy sekcyjnego, ani nawet radcy ministeryalnego. Wobec tego nie trudno przewidzieć, jak będzie przez to ministerstwo traktowana Galicya.

— Rada m. Kolonii postanowiła pobudować w obwodowych, zdrowszych częściach miasta domki 2—4-pokojowe z ogródkami dla niezamożnych chorych na gruźlicę.

— W Szczecinie otwarto w r. 1915 miejski szpital dla chorych na gruźlicę, pełniący równocześnie rolę sanatoryum ludowego, oddziału szpitalnego dla gruźliczych i schroniska dla nieuleczalnych suchotników. Osiągnięto to w ten sposób, że szpital (liczący obecnie 164 łóżek) dzieli się na małe, do 25 łóżek liczące, »stacye«, umożliwiające odpowiedni podział chorych. (»Tuberkulosekorespondenz« Nr 8).

Zmarli: Dr Konstanty Karwowski, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, w 84 r. ż. W Akademii medyko-chirurgicznej warszawskiej był przez dwa lata pomocnikiem dyrektora kliniki chirurgicznej. Oprócz drobniejszych prac ogłosił »Rys zasad chirurgii wojennej« (Warszawa 1863).

Redakcya otrzymała. Stefanowski: Experimentelle Untersuchungen über degenerative und atrophische Zustände an der quergestreiften Muskulatur. Warschau 1918. — Gabryszewski: Zakopane na przełomie. Sprawozdanie lekarza klimatycznego, przedłożone komisyi klimatycznej. Zakopane 1918.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.
do L. 2418/2/I.

KONKURS

na posadę lekarza kolejowego w Samborze.

W Samborze jest do obsadzenia posada lekarza kolejowego dla okręgu Sambor, który obejmuje przestrzeń linii kolejowej Lwów-Sambor, Sianki od km 74·6—112.67 ze stacyami Sambor, Waniowice, Stary Sambor, Terszów, Spas, Busowisko i Strzyłki Topolnica wraz z personalem kolejowym tej przestrzeni podległym urzędowi ruchu w Samborze i Sekcyi konserwacyi Lwów, II.

Początkowe honoraryum wynosi rocznie 2000 K słownie dwa tysiące koron i fiakrowe 200 koron. W czasie wojny otrzymuje lekarz kolejowy odpowiedni dodatek drożyźniany i 50% podwyższenie fiakrowego.

Kandydaci muszą być poddani austryaccy i mieć dyplom doktorski uniwersytetu austryackiego. Podania wnosić należy do 15. września 1918 do Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie i dołączyć metrykę chrztu względnie urodzenia, dyplom doktorski i świadectwo lekarza naczelnego Dyrekcyi kolejowej o stanie zdrowia, specyalnie o normalnem rozpoznawaniu barw, jakoteż podać przebieg dotychczasowy życia i studyów lekarskich, jak również, czy petent ma inną stałą posadę, jakie pobiera wynagrodzenie i czy ma prawo do emerytury. Kandydaci mają także dołączyć oświadczenie, że w razie nadania im posady lekarza kolejowego, w przyszłości przyjmą stałe posady tylko za zezwoleniem c. k. Dyrekcyi kolei państwowych.

Lwów, dnia 14. sierpnia 1918. 250

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.

WYDZIAŁ KRAJOWY.
LW. 59.879.

Lwów, 31. lipca 1918.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem Konkurs na posadę Dyrektora kraj. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie koło Krakowa.

Podania należy wnosić do Wydziału krajowego we Lwowie w terminie do dnia 30. września 1918 załączając do nich:

1) metrykę urodzenia,
2) świadectwo przynależności,
3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryacko-węgierskiej,
4) opis życia.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się pracami naukowemi na polu psychiatryi z znajomością administracyi zakładów leczniczych dla umysłowo chorych.

Z posadą powyższą złączone są następujące pobory:
1) płaca roczna 6.400 (sześć tysięcy czterysta Koron),
2) dodatek funkcyjny rocznie 1.000 (jeden tysiąc Koron),
3) prawo do wojennego dodatku drożyźnianego, wahającego się — stosownie do stosunków rodzinnych — od kwoty 1.488 K do 4.740 K rocznie,
4) prawo do dwóch datków pięcioletnich i jednego trzyletniego, każdy po 800 (ośmset) Koron rocznie,
5) prawo do bezpłatnego mieszkania w naturze wraz z oświetleniem i opałem według ustalonego deputatu w oddzielnym budynku Zakładowym. 251

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 31. sierpnia 1918 Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



DR. JAN RACZYŃSKI

PROFESOR WSZECHNICY LWOWSKIEJ

(1865—1918)

Brzaskiem zaledwie uróżowioną pedyatryę polską spotyka cios wielki. A uderza w zbyt krótkim czasie po raz już wtóry. Nieledwie rok mija od zgonu Brudzińskiego w Warszawie, gdy znowu szarą grudą cmentarnej ziemi pokryć nam przychodzi doczesne szczątki wybitnego orędownika pedyatryi polskiej. Do snu wiecznego spoczął — za życia nigdy nie strudzony — Jan Raczyński.

Urodzony w r. 1865 w Nowym Sączu, tamże kończy szkoły średnie. W zaraniu swej młodości, jako słuchacz Wydziału lekarskiego, wśród zmagań z twardym losem studenckiego życia, zawsze wsparty o własne siły, uzyskuje w r. 1889 w Krakowie stopień doktora wszech nauk lekarskich. Zrazu pracuje jako sekundaryusz w szpitalu dziecięcym im. św. Ludwika, a potem do r. 1896 jako asystent kliniki dziecięcej pod kierunkiem nestora pedyatrów polskich, prof. Macieja Jakubowskiego. W tymże czasie habilituje się w Uniwersytecie Jagiellońskim. Sędziwy profesor Jakubowski powierza Mu częściowo wykłady kliniczne wraz z kierownictwem oddziału dla niemowląt. Znajomość przedmiotu, bystrość spostrzegania i szczególniejsza zdolność udzielania praktycznych wskazówek swoim słuchaczom w swobodnym, koleżeńskim tonie, jednały Mu wielkie powodzenie. Podobnie też i samoistne kursy z zakresu najnowszych zdobyczy w nauce o chorobach dzieci, jakie prowadził dla lekarzy, cieszyły się nie mniejszą wziętością.

W r. 1902 otrzymuje nominacyę na profesora nadzwyczajnego chorób dziecięcych w Uniwersytecie krakowskim. Przez szereg lat, od r. 1893—1904, pracuje nadto jako członek redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, kładąc, jako administrator wydawnictwa, podwaliny najświetniejszego jego rozwoju. Krakowscy koledzy, oceniając należycie czystość charakteru Jego, otwartość i odwagę, z jaką był gotów każdemu wytknąć złe, a przytem uczynność i prawdziwą dobroć serca, zaszczycili Go wyborem na członka Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, którą to godność piastował od r. 1902 aż do czasu powołania Go na katedrę pedyatryi w Uniwersytecie lwowskim.

Z okresu krakowskiego pochodzi cały szereg prac, ogłoszonych drukiem bądź w »Przeglądzie lekarskim«, bądź w pismach zagranicznych. W jednej z nich o nakłuciu lędźwiowem w przewlekłem wodogłowiu, pierwszy w ogólności zaleca ten zabieg wykonywać na chorym siedzącym, przez co znacznie upraszcza technikę tego rękoczynu. W innej znów pracy, ogłoszonej w r. 1900, o gruźlicy u dzieci, opierając się na ścisłym i obfitym materyale sekcyjnym, wysnuwa śmiałe wnioski o jej częstości i drogach szerzenia. Wypowiedziane na długi czas przed dziś tak powszechnie u dzieci stosowanemi próbami tuberkulinowemi, przyniosły te wnioski cenne wyjaśnienia epidemiologiczne i zapobiegawcze w tak żywotnej a ciągle lekceważonej dotąd kwestyi.

Największego uznania, bo u obcych i przez obcych, doczekała się praca, ogłoszona w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1902 pod tytułem: »Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią«. W przeciwieństwie do panujących naówczas poglądów, bronionych głównie przez głośnego pedyatrę Biederta, stwierdził Raczyński w swych spostrzeżeniach kliniczno-pracownianych, iż przyczyną niestrawności osesków, karmionych nawet piersią macierzystą, są nieprawidłowe fermentacye cukrów i tłuszczów pokarmowych, a dalej, że sernik, dotąd wyklinany jako »trudno strawny« składnik mleka krowego, może przecież oddać nieocenione usługi lecznicze. Jako bowiem środek, ulegający gniciu w jelitach, wywiera przeciwniczy wpływ na procesy fermentacyjne. Raczyński był też pierwszym, który wprowadził do skarbca środków odżywczych w przypadkach niestrawności osesków dodatek sernika. Jednakowoż myśl Jego nie znalazła niestety natychmiastowego odezwu praktycznego, na jaki zasługiwała. Publikacyę przyprószył pył zapomnienia — do czasu, kiedy Finkelstein, budując na nowo od podstaw naukę o chorobach odżywiania niemowląt, przywrócił do znaczenia sernik mleka, tworząc z niego najważniejszy składnik niezrównanego pokarmu dla chorych dzieci, znanego już wszędzie jako mleko białkowe. Odtąd też często spotyka się w pracach obcych badaczy nazwisko Raczyńskiego, przy roztrząsaniach pełnych znaczenia problemów odżywiania w wieku niemowlęcym.

Pominąć wreszcie nie można wyniku badań, ostatnich z czasów krakowskich, nad etyologią czerwonki, grasującej nagminnie w Galicyi w r. 1903. Ze stolców chorych wyodrębnił wówczas Raczyński prątka Shiga-Krusego i stwierdził, iż prątek ten bywa drobnoustrojem, najczęściej wywołującym u nas czerwonkę.

W r. 1904 powołał Raczyńskiego Uniwersytet lwowski na katedrę pedyatryi, Komitet zaś szpitala dziecięcego im. św. Zofii we Lwowie zaprosił do objęcia dyrektury i prymaryatu oddziałów wewnętrznego i zakaźnego w tymże szpitalu. Pełen młodzieńczego zapału, który był zawsze cechą Jego natury, owiany wzniosłem pragnieniem, by, jak nieraz sam mawiał, dokonać czegoś prawdziwie dobrego, pospieszył Raczyński na nowy posterunek. Lecz ileż przeciwności zwaliło się naraz w poprzek gorącym Jego zamierzeniom! Z jednej strony obojętność i zupełna beztroska władz centralnych o sprawy katedry pedyatrycznej, bez której i tak z górą lat pięć obywać się musiał Wydział lekarski we Lwowie, to znów początkowa nieufność do przybysza wśród swoich, wiązały Mu ręce, rwące się do działania. Pierwsze wykłady kliniczne rozpoczyna Raczyński w salach

nader ubogo wyposażonego szpitala św. Zofii, bez wszelkich środków pomocniczych, bez przyrządów, książek ni tablic, bez krzeseł nawet dla słuchaczy. Nie szczędził jednak trudów i kosztów, wyjeżdżając raz poraz do Wiednia, by osobistem kołataniem w ministeryach wyprosić jaką skromną dotacyę na konieczne potrzeby naukowe. Coraz to nowo wypracowywane plany budowy kliniki dziecięcej odchodziły do Wiednia i wracały do oszczędnościowszej przeróbki, nie znajdując tam rzecznika sprawy krajowych potrzeb. Za taką bowiem uważać należało kwestyę kliniki dziecięcej, jeśli się zważy, że rokrocznie opuszczali mury Wszechnicy lwowskiej ukończeni lekarze, nie mający nawet sposobności wysłuchania wykładów z zakresu chorób dziecięcych! I trzeba było naprawdę mieć tyle pogodnego optymizmu i tej wiary w lepsze jutro, z jaką Raczyński szedł przez życie całe, by nie zwątpić i nie zachwiać się na drodze swego czynu. Po mozolnych wreszcie zabiegach, starannem przygotowaniu w długich z najbliższymi współpracownikami rozmowach, przystąpiono do budowy kliniki, którą też w r. 1909 otwarto. Z urządzeń jej, obmyślanych według najnowszych wymagań czasu, dumny był profesor. Białe i słoneczne sale i salki, nastrój rodzinnego domku, był jakby odbiciem pogodnej duszy Raczyńskiego. Chętnie w nich przesiadywał w późnych popołudniowych nawet godzinach, kiedy zamierał kalejdoskopowy ruch pracowitego dnia powszedniego. Z nich też wyszło kilka studyów, a ostatnie tyczyło się etyologii krzywicy.

Prócz pracy naukowej gorliwie oddawał się Raczyński działalności nauczycielskiej. W wykładzie swym przystępny i jasny, baczną zawsze zwracał uwagę, by uczeń wynosił z kliniki jak najwięcej praktycznego doświadczenia, które mógł nabyć tylko przy łóżku chorego dziecka. Dla uczniów zawsze wyrozumiały, cieszył się, gdy odpowiedzi ich stwierdzały istotny postęp i zainteresowanie przedmiotem. W stosunku do podwładnych i młodszych kolegów lekarzy, których dużo gościło w Jego klinice, uprzejmy i przyjacielski, chętnie dzielił się swem doświadczeniem i wiedzą. Dobroć Jego serca wyrażała się szczególnie w obliczu cierpienia i niedoli, kiedy się zjawiał, jako lekarz, przy cierpiącem dziecku. Sam niezwykle przywiązany ojciec, żywo wczuwał się w duszę stroskanych rodziców, umiał ich dźwignąć w zwątpieniu, ukoić w rozpaczy. Te cenne przymioty dobrego lekarza jednały mu wziętość i sławę.

A nietylko do czynności zawodowych zwężał się bieg życia Raczyńskiego. Miał szczególne umiłowanie i kult dla muzyki, której w wolnych chwilach z przejęciem się oddawał. Gościnny dom Jego, piastujący tradycyę przyjaźni Wyspiańskiego, Malczewskiego, Żeleńskich, Rydla, Kasprowicza i wielu, wielu innych twórców z parnasu polskiego, był przystanią dla intelektu i sztuk pięknych, a promieniując wysoką kulturą duchową, stanowił jakby miniaturę umysłowości Aten polskich — Krakowa.

Burza wojny, tu we wschodniej połaci kraju, najazd i długa rozłąka z ukochanemi dziećmi nie przeszły bez śladu w Jego zdrowiu. Zwolna poczęły występować objawy niedomagań mięśnia sercowego na tle miażdżycy naczyń. Przed czterema miesiącami, bawiąc u chorego, doznał udaru mózgowego, który mimo chwilowe polepszenie, powalił Go na śmiertelne łoże. Zgasł 1. sierpnia 1918 r.

Kto Go widział kilka miesięcy temu, jeszcze tak rumianego życiem i pełnego planów na dni najbliższe, temu zaiste trudno pogodzić się z myślą, że tak wcześnie przed jesienią życia odszedł człowiek zacny, o gorącem sercu, znamienity uczony o wysokiej kulturze, chluba kraju, który Go wydał.

Duch Jego i pamięć o Nim pozostanie w Jego czynach i dziełach. Stanisław Progulski.

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski

(Dokończenie).

Zastanawiałem się nad tem, czyby i zjawiska dermografii nie można zmierzyć odpowiednim przyrządem, którywy pozwolił nam w sposób dokładny ująć zjawisko w formę matematyczną.

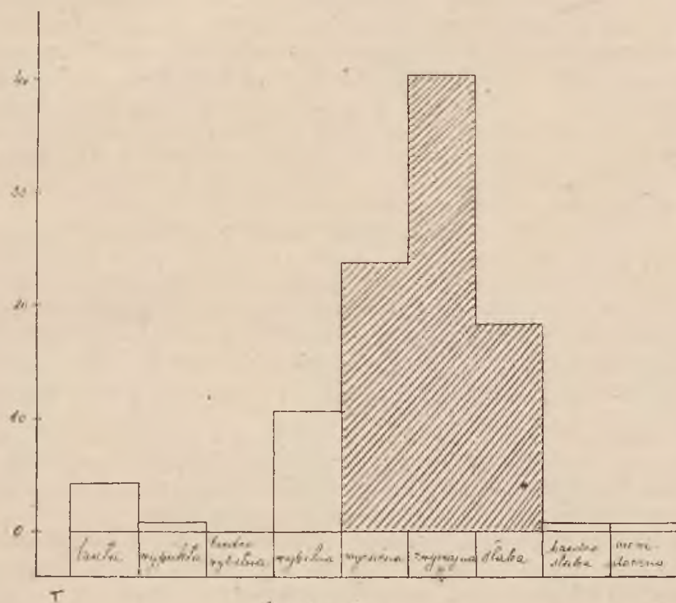
O ile mi wiadomo, to oprócz Pręgowskiego skonstruował także przyrząd do badania dermografii Günther*. Niestety nie mogłem się bliżej zapoznać z jego konstrukcyą.

Przyrząd natomiast Pręgowskiego, opisany przez niego w »Archiv für Psychiatrie« (T. XLI), składa się z sanek metalowych, na których oparte jest widełkowate wiązanie, złączone u góry prętem poprzecznym. Pręt ten równocześnie służy za oś obrotu drugiemu prętowi, który swym odpowiednio zaostrzonym końcem służy do drażnienia skóry. Trudno mi wdawać się w dokładny opis przyrządu; ciekawych odsyłam do artykułu oryginalnego.

Paralysis progressiva

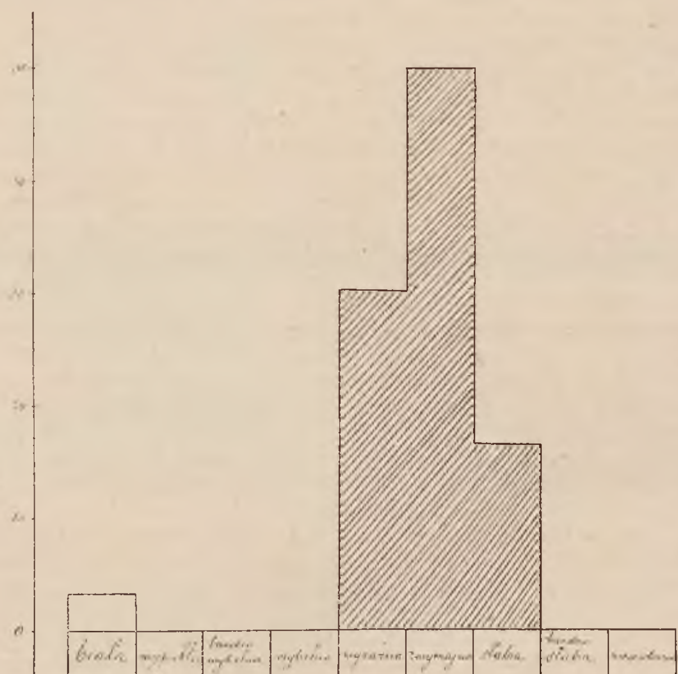
Ze swej strony ograniczę się do krytyki przyrządu. Po pierwsze ucisk, wywierany na skórę przez saneczki, nie jest w każdym przypadku identyczny, a zależny w dużej mierze od siły utwierdzającej go przepaski lub od nacisku ręki. Powtóre koniec pręcika, drażniącego powierzchnię skóry, zakreśla łuk, do którego powierzchnia skóry jest styczną, w następstwie czego nacisk wzrasta do maximum, a później znowu maleje (trudność lokalizacyi tego maximum). Po trzecie wreszcie nawet przy zastosowaniu tego przyrządu wynik musi być określony przez opis, a nie może być przedstawiony w liczbie. Aby temu ostatniemu warunkowi odpowiedzieć, postanowiłem skonstruować przyrząd, któryby równocześnie na powierzchnię skóry wywierał szereg bodźców o natężeniu coraz silniejszem. Wystąpienie lub brak smugi czerwonej lub białej uważałbym za miarę bodźca. Przyrząd, skonstruowany przezemnie, składa się z grabi, których każdy następny ząb jest nieco dłuższy od poprzedniego. Równe

położenie przyrządu na ciele (piersiach) badanego warunkują saneczki, umieszczone na obu brzegach grzebienia. W celu badania ustawiamy przyrząd w tem położeniu, by zęby stały prostopadle do skóry, a wiązanie do niej równolegle. Ujmując w dwa palce rączkę »A« przesuwamy przyrząd po skórze. Nacisk, wywarty na skórę, jest odmierzony w części wagą samego przy-



Epilepsia

rządu, a częścią wagą i położeniem kulki »c«, która ruchomo wzdłuż pręta »b« wywierać może dowolny nacisk na skórę w miejscu zetknięcia się skóry z zębami. Ponieważ zęby nie są równej długości, ale stopniowo a równomiernie wzrastają, wzrasta również nacisk, wywierany na odpowiednie miejsca skóry. Przypuśćmy n. p., że u osobnika mało pobudliwego tylko dwa zęby najdłuższe dostatecznie silnie zadrażniły skórę, by wywołać smugę na skórze, działanie natomiast trzech innych zębów było jeszcze za słabe, to otrzymane dwie smugi będą miarą pobudliwości danego osobnika, czyli innemi słowy pobudliwość jego równała się 2. U osobnika bardziej pobudliwego otrzymamy 3 smugi, u jeszcze wrażliwszego cztery, czyli będziemy mieli pobudliwość 3 i 4. W przykładzie naszym jednak przyjmujemy w założeniu, że kulka »c« przez cały czas będzie się znajdować w jednym i tym samym punkcie, a więc i nacisk na powierzchnię skóry będzie wciąż jednakowy. Gdyby jednak zaszedł wypadek, że u bardzo mało pobudliwego osobnika nie wystąpiłaby żadna smuga, lub na odwrót u osobnika bardzo czułego odrazu wszystkie pięć smug, to w pierwszym wypadku posunęlibyśmy kulkę o pewną odległość w kierunku grabi, w drugim wypadku w kierunku rączki. Pręcik, po którym posuwa się kulka,



jest odpowiednio kalibrowany i zawiera liczby od 0 do 90. Umieszczenie w wyniku liczby, określającej nam położenie kulki, n. p. w mianowniku, dałoby nam przy równoczesnem liczbowem określeniu ilości powstałych smug po podrażnieniu wzór, który byłby liczbowem określeniem pobudliwości osobnika. Model mojego przyrządu zbudowałem symetrycznie, tak że jedne grabki zaopatrzone są w ostrzejsze, drugie w tępe ząbki.

Niemam pretensyi, by przyrząd mój rozwiązywał postawione zagadnienie w sposób bez zarzutu, uważam go tylko za schemat do konstrukcyi. Jest w nim szereg braków, które, przerabiając początkowy model, starałem się usunąć w następnym. Jakkolwiek nie mam jeszcze odpowiedniej liczby obserwacyi, poczynionych przy użyciu mojego przyrządu, by można je opublikować, muszę jednak zaznaczyć, że w szeregu prób, podejmowanych na oddziale nerwowym Szpitala powszechnego we Lwowie, zauważyłem, że przy zastosowaniu grabek ostrzejszych dermografia biała, stosunkowo bardzo rzadka (2·36%), występowała blizko w 60%; gdy u tych samych chorych zastosowaliśmy podrażnienie tępą stroną, występowała tylko dermografia czerwona. Prawdopodobnie bodźce gwałtowniejsze drażnią nerwy zwężające naczynia, bodźce słabsze natomiast drażnią nerwy rozszerzające naczynia. Tem możnaby sobie tłumaczyć, że zwykle dermografia biała ograniczona jest z obu stron liniami czerwonemi. Główka szpilki, jako najczęstsze narzędzie bodźcze, jest od strony, zwróconej ku skórze, łukiem, którego sam środek wywiera nacisk najsilniejszy, części zaś, leżące po bokach, coraz słabszy.

Ze szpitala powszechnego w Brzeżanach.

Wgłobienie wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr Bolesław Lecewicz,

kierownik szpitala.

Brak pod ręką literatury, pozwalającej się oprzeć na spostrzeżeniach innych autorów, ogranicza opis postaci chorobowej wgłobienia wyrostka robaczkowego do jednego przypadku.

W dniu 15. kwietnia b. r. przyprowadzono S. O., l. 7 liczącą, zamieszkałą w m. Narajowie. Matka chorej podała, iż choroba zaczęła się nagle przed 6 dniami wśród bolów brzucha, wymiotów, parcia na stolec. Stan taki utrzymywał się w ciągu następnych dni, przyczem ciepłota była prawidłowa, wypróżnień nie było.

W chwili badania dziecko niespokojne, o budowie i odżywieniu lichem, o twarzy nacechowanej cierpieniem, tętno przyspieszone. Niema zmian wybitniejszych chorobowych w płucach i sercu. Brzuch wzdęty, szczególniej w górnej części, z widocznemi napinającemi się pętlami jelit. Odgłos opukowy na brzuchu wszędzie był bębenkowy, po stronie lewej zaś tuż obok mięśnia prostego brzucha — przytłumiony. W miejscu przytłumienia obmacaniem stwierdzono guz ruchomy, wielkości dwu pięści dziecka. Rozpoznano wgłobienie jelit, zastosowano lewatywę, a wobec braku stolca przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Laparotomii dokonano w linii białej, a po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, iż dający się wymacać przez powłoki brzucha — guz był wgłobionem jelitem. Wgłobieniu uległy kiszka ślepa i przyległe jelito do światła kiszki grubej. Po odprowadzeniu jelita cienkiego i grubego okazało się, iż wgłobieniu uległ również wyrostek robaczkowy. Odprowadzenie wyrostka robaczkowego nie udawało się z powodu wyczuwalnego twardego ciała obcego wielkości ziarnka grochu, tkwiącego u nasady wyrostka. Pod kontrolą palców wyciśnięto forsownie ciało obce do kiszki ślepej, poczem odprowadzenie wyrostka robaczkowego odbyło się bez przeszkody.

Przyczyną wgłobienia wyrostka robaczkowego było, jak sądzę, ciało obce (kamień kałowy), tkwiące w wyrostku robaczkowym, które zostało wraz z błoną śluzową wpuklone do kiszki ślepej. Dalsze skurcze mięśni wyrostka i kiszki ślepej powiększyły wgłobienie. Przypadek ten wskazywałby, iż ciała obce mogą w odpowiednich warunkach spowodować wgłobienie wyrostka.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

kwasooporny, acidoresistent.
zanik spoczynkowy, Akinesieatrophie.
substancya niebarwliwa, Achromatin.
bezsoczność, achylia (n. p. gastrica).
zanikanie, zanik, marnienie, atrophia.
odwęglanie, decarbonisatio.
wnikliwość promieni, Durchstrahlungsfähigkeit.
odkrewny, krwiopochodny, drogą krwi, hämatogen.
zużywczość, Abnutzbarkeit.
cholesterzyca, (Hyper) cholesterämie.
odnowczość, odrodliwość, odtwórczość, Regenerationsfähigkeit.
krzemiennica, silicosis.
namulny, pochodzenia namulnego, osadowego, spodogen.
zeszkielecić, skeletieren.
martwica tłuszczowa (tkanki tłuszczowej), Fettgewebsnekrose, Steatonekrose.
nadnerczak, struma suprarenalis.
udrożnić, rekanalisieren. 14.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe d 1. marca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 26.

I. Kol. Nowicki przedstawia szereg **preparatów krwi z przypadków zimnicy trzeciaczkowej i podzwrotnikowej**. Dla objaśnienia różnych postaci rozwojowych pasorzyta zimnicy przedstawia w krótkości rozwój jego na odpowiednich tablicach, przyczem podnosi morfologiczne różnice między pasorzytem trzeciaczki, czwartaczki i zimnicy podzwrotnikowej; dalej zwraca uwagę na trudności w stwierdzeniu pasorzyta w przypadkach zimnicy przewlekłej, przyczem mówi o sposobie badania krwi w grubej kropli i o sposobie Stäubli-Heglera ze stosowaniem kwasu octowego w badaniu większej ilości krwi. W praktycznem stosowaniu przyznaje na podstawie porównawczych badań większą wartość pierwszemu sposobowi. Nie bez wartości są sposoby prowokacyjne dla wykazania pasorzyta zimniczego, szczególnie w klinicznie niejasnych przypadkach (wstrzykiwania mleka i in.). Prelegent mówi o dodatnich wynikach usiłowań Bassa wyhodowania pasorzyta zimnicy na pożywce, złożonej z ciałek czerwonych chorego i dekstrozy, a potwierdzonych przez Ziemanna i Pitschuagina. Nie bez znaczenia jest stwierdzenie przez niektórych autorów w ostatnich czasach omawianego pasorzyta u ludzi bez jakichkolwiek przedtem i obecnie objawów chorobowych, a więc roznosicieli. W końcu podnosi N. niebezpieczeństwo rozwleczenia zimnicy także wśród ludności cywilnej, i to szczególnie w chwili rozpoczęcia demobilizacyi.

W dyskusyi 1) kol. Jurasz zapytuje prelegenta, czy istnieje osobna forma plasmodyum zimnicy codziennej (febris quotidiana). — 2) Kol. Rencki zaznacza, że zimnica codzienna jest zależna od kilku generacyi plasmodyum n. p. trzeciaczki. Omawia następnie obrazy mikroskopowe oraz znaczenie »grubej kropli« i prowokacyi. — 3) Kol. Hornowski zaznacza, że metoda grubej kropli, używana już w r. 1903, jest pomysłem francuskim, a nie niemieckim. — 4) Kol. Nowicki w odpowiedzi kol. Juraszowi co do różnego okresowego przebiegu zimnicy zwraca uwagę na mieszane zakażenie, najczęściej pasorzyta trzeciaczki i zimnicy podzwrotnikowej, spostrzegane w obecnej wojnie także i przez prelegenta, dalej na różne generacye pasorzyta, jakoteż na pewne biologiczne różnice w zachowaniu się samego pasorzyta, zależne najprawdopodobniej od osobnika zakażonego, a także, zdaniem Plehna, od samego komara (warunki żywienia, klimatyczne i t. p.).

II. Kol. Rencki wnosi, by Towarzystwo wybrało komisyę, którąby udała się do Prezydyum miasta z przedstawieniem, by powracających jeńców nie umieszczać w mieście, ale poza miastem.

W dyskusyi kol. Halban zaznacza, że nawet komenda II armii jest przeciwna umieszczaniu powracających jeńców w obrębie miasta, a Magistrat czyni również wszelkie starania, by miasto od tego uchronić. Wniosek kol. Renckiego uzupełnia tem, że należy żądać dla powracających z kwarantanny, zmiany odzieży, oraz kontroli zakładów oczyszczających.

Wniosek przyjęto.

III. Kol. Aleksiewicz omówił **leczenie gruźlicy kręgów szyjnych** (malum Potti) metodą ortopedyczną oraz przedstawił sposób zakładania opatrunków gipsowych metodą Calota

---

Wiadomości bieżące.

Z konkursu, ogłoszonego przez Wydział krajowy, dowiedziały się koła lekarskie niespodziewanie o zmianie, mającej nastąpić w kierownictwie krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie. O przyczynach i sposobie tej zmiany rozchodzą się wieści, niemal niepodobne do wiary, a stawiające w dziwnem świetle Wydział krajowy. W interesie rzeczy publicznej wymaga cała ta sprawa wyjaśnienia.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.
do L 2418/2/I

KONKURS

na posadę lekarza kolejowego w Samborze.

W Samborze jest do obsadzenia posada lekarza kolejowego dla okręgu Sambor, który obejmuje przestrzeń linii kolejowej Lwów-Sambor, Sianki od km 74.6—112.67 ze stacyami Sambor, Waniowice, Stary Sambor, Terszów, Spas, Busowisko i Strzyłki Topolnica wraz z personalem kolejowym tej przestrzeni podległym urzędowi ruchu w Samborze i Sekcyi konserwacyi Lwów, II.

Początkowe honoraryum wynosi rocznie 2000 K słownie dwa tysiące koron i fiakrowe 200 koron. W czasie wojny otrzymuje lekarz kolejowy odpowiedni dodatek drożyźniany i 50% podwyższenie fiakrowego.

Kandydaci muszą być poddani austryaccy i mieć dyplom doktorski uniwersytetu austryackiego. Podania wnosić należy do 15. września 1918 do Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie i dołączyć metrykę chrztu względnie urodzenia, dyplom doktorski i świadectwo lekarza naczelnego Dyrekcyi kolejowej o stanie zdrowia, specyalnie o normalnem rozpoznawaniu barw, jakoteż podać przebieg dotychczasowy życia i studyów lekarskich, jak również, czy petent ma inną stałą posadę, jakie pobiera wynagrodzenie i czy ma prawo do emerytury. Kandydaci mają także dołączyć oświadczenie, że w razie nadania im posady lekarza kolejowego, w przyszłości przyjmą stałe posady tylko za zezwoleniem c. k. Dyrekcyi kolei państwowych.

Lwów, dnia 14. sierpnia 1918. 250

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 36. Kraków, 7. września 1918 Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 7. września 1918 Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15. w Krakowie.

Bąblowiec nerki.

Podał *)

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

Bąblowiec nerki należy do rzadkich spraw chorobowych, a jakkolwiek piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, jest dosyć obfite, budzą te przypadki zawsze żywe zainteresowanie. Powodem tego są przedewszystkiem trudności rozpoznawcze. Pewne rozpoznanie bąblowca nerki przed zabiegiem operacyjnym jest nieraz bardzo trudne. Trudność leży w tem, że bąblowiec mały lub średnich rozmiarów może nie dawać całkiem żadnych objawów klinicznych, albo też objawy są tak nieznaczne, że nie mogą stanowić podstawy do rozpoznania. Bąblowiec dużych rozmiarów, dostępny fizycznemu badaniu, ma cechy podobne do innych torbieli nerki lub nawet torbieli innych sąsiednich narządów. Pomijając trudności, jakie się nastręczają, ażeby powiedzieć, że stwierdzona torbiel należy do nerki, a nie n. p. do wątroby, śledziony, trzustki, sieci lub jajników, rozpoznanie bąblowca nerki jest tylko wtedy pewne, jeżeli z moczem wydzielane bywają pęcherze pochodne, a i w tym przypadku dopiero wówczas o bąblowcu nerki mówić można — jak to słusznie Wagner zauważa — jeżeli temu odchodzeniu pęcherzy towarzyszy typowa kolka nerkowa i gdy po ich odejściu wyczuwana torbiel nerki zmniejsza się. Ten objaw odchodzenia pęcherzy pochodnych z moczem spotyka się dosyć często, wedle różnych statystyk około 75%. Odchodzenie pęcherzy pochodnych może się odbyć raz jeden, lub też może się kilkakrotnie powtórzyć.

Pewnym sposobem rozpoznawania bąblowca nerki jest nacięcie torbieli lub nakłucie i wydobycie jej treści w celu zbadania drobnowidowego co do czerwiochów (scolices) lub pojedynczych haczyków. Te metody badania dozwolone są jednak tylko podczas zabiegu operacyjnego; przez powłoki brzuszne wykonane, nie są pozbawione niebezpieczeństwa i dlatego możnaby się uciec do nich tylko w bardzo korzystnych i wyjątkowych warunkach

Cystoskopia, w szczęśliwej wykonana chwili, mogłaby dużo przyczynić się do rozwiązania zagadnienia, jednakowoż trzebaby trafić na chwilę przechodzenia pęcherzy z ujścia moczowodu do pęcherza. Prób w tym kierunku nie brakło; pierwszy Manasse miał sposobność dostrzegać w cystoskopie przypadek bąblowca prawej nerki w okresie wydalania pęcherzy. Samego przechodzenia jednak pęcherzy przez ujście moczowodu nie widział, stwierdził tylko zmiany na ujściu moczowodu, spowodowane przechodzeniem tych tworów; ujście moczowodu było rozszerzone do rozmiarów palca, skurcze tego moczowodu były leniwe i przedłużone. Kiedy następnie drogą operacyjną usunięto bąblowca nerki, ujście moczowodu w krótkim czasie wyglądało prawidłowo.

Badanie promieniami Röntgena nie daje zwykle przy bąblowcu nerki dodatniego wyniku; spotyka się gdzieniegdzie w piśmiennictwie doniesienia o mniej lub więcej udałych radiogramach, lecz tylko przy obecności złogów wapniowych w torebce bąblowca można otrzymać wyraźne obrazy guza, jeżeli zaś zwapnień niema, to obrazy rentgenowskie nie uprawniają do żadnych wniosków.

Leczenie bąblowca nerki może być tylko chirurgiczne. Na samowyleczenie przez odejście pęcherzy z moczem nie można liczyć, a Wagner radzi bardzo ostrożnie oceniać przypadki takiego samowyleczenia, gdyż wiadomo, że chorzy tacy po długich latach zupełnego spokoju i braku objawów chorobowych znowu zaczynają oddawać pęcherze z moczem; pochodzi to stąd, że bąblowiec nerki rozwija się czasem bardzo powoli i znane są przypadki trwania bąblowca ponad 20 lat.

Sprawa chirurgicznego leczenia bąblowca nerki nie jest zupełnie ustalona. Dawniej chętnie nerkę zajętą bąblowcem usuwano doszczętnie (nephrectomia); dzisiaj więcej zwolenników ma metoda wszycia torbieli w powłoki skórne, przecięcia i powolnego usuwania pęcherzy pochodnych aż do zupełnego opróżnienia torbieli i zrośnięcia się jej ścian. Autorowie, którzy są zwolennikami nacięcia i wszywania torbieli, uzasadniają to w ten sposób, że po wycięciu nerki śmiertelność wynosi przeszło 30%, natomiast przy nacięciu torbieli śmiertelności całkiem niema; dalej podnoszą, że ponieważ bąblowiec usadawia się zazwyczaj w miąższu nerki, a następnie rozrasta się odśrodkowo, a nie w kierunku miąższu, więc miąższ nerki bywa zupełnie sprawny i przez wycięcie nerki usuwa się narząd, który mógłby jeszcze dla ustroju być użyteczny. Jest to twierdzenie zupełnie słuszne i w przypadkach, w których badanie czynnościowe nerki, dotkniętej bąblowcem, wykaże dobrą sprawność nerki, najwłaściwszą drogą będzie nacięcie torbieli, przyczem zależnie od stosunków topograficznych i drogi, jaką się do torbieli dostaje, można operować jednoczasowo lub dwuczasowo. Ten sposób operowania musi być zasadniczo stosowany w przypadkach obustronnego zajęcia nerek bąblowcem, które się jednak bardzo rzadko trafiają; zwyczajnie usadawia się bąblowiec w jednej tylko nerce.

Kümmel i Rasumowsky wyłuszczali bąblowca nerki z częściową resekcyą nerki; metoda ta nadaje się w takich przypadkach, w których bąblowiec rozwija się w obrębie jednego z biegunów nerki i nie dochodzi do miedniczki.

Pomimo ujemnych stron, jakie przedstawia doszczętne wycięcie nerki, zabieg ten będzie wskazany tam, gdzie guz jest dużych rozmiarów, a badanie czynnościowe nerek wykaże, że zajęta bąblowcem nerka jest czynnościowo bezwartościowa, przy równoczesnej dobrej czynności drugiej nerki. Jeżeli w takim przypadku okaże się podczas zabiegu operacyjnego, że miąższ nerki jest bardzo uciśnięty i zanikły, wycięcie nerki jest zabiegiem najwłaściwszym. Skraca się przez to czas gojenia, oszczędza choremu kilkomiesięcznego nieraz leczenia i nie pozostawia w ustroju bezwartościowego narządu i zbliznowaciałego worka. Warunkiem jednak nieodzownym dla tego zabiegu jest dobra sprawność czynnościowa drugiej nerki. Ryzyka przy tem niema większego, niż przy każdej zresztą operacyi, gdyż wobec powolnego zwykle wzrostu bąblowca ma druga nerka dosyć czasu na powolne objęcie czynności zastępczej.

Na oddziale urologiczno-chirurgicznym szpitala garnizonowego w Krakowie miałem sposobność spostrzegać przypadek bąblowca prawej nerki, który następnie operowałem, a który w pewnych szczegółach jest bardzo pouczający.

Wasylij M., lat 37, żołnierz rosyjski, pochodzi z gub. Penzeńskiej. Do niewoli wzięty w lipcu 1915 r. pod Łukowem. Przyjęty na oddział urologiczny 23. IX. 1917.

Wywiady: Dziedzicznie nie obciążony; nie przebywał chorób wenerycznych. Obecna choroba rozpoczęła się 27. sierpnia

*) Artykuł z powodu braku miejsca został skrócony.

1917 bólami w prawem podżebrzu; bóle te były z początku nieduże, później powoli coraz częstsze. Ostatnimi czasy bóle te znowu zwolniały, natomiast doznawał chory stałego uczucia ciężkości i gniecenia w prawem podżebrzu. Dolegliwości moczowych niema, krwi w moczu chory nigdy nie zauważył. Chory twierdzi, że od wystąpienia bólów znacznie wychudł, pomimo, że sen i apetyt są dobre.

Po wzięciu do niewoli odesłano chorego natychmiast do Iwangrodu do obozu jeńców »Irena« i przydzielono do pracy przy kuchni. Pomimo, że pożywienie żołnierzy było dostateczne i według przepisów dostarczane, zauważył chory, że żołnierze gotowali sobie mięso psie i kocie, przyrządzając je w różny sposób. Mięso psie spożywał chory niejednokrotnie. Chory nie może podać, czy który inny uczestnik owych uczt chorował wśród podobnych objawów. U siebie w domu chory nigdy psa nie chował, również nie było psa w domu jego rodziców i wogóle nie był nigdy dawniej w bliższej styczności z psem.

Badanie przedmiotowe: Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze odżywiony, silnie zbudowany. Serce i płuca zdrowe. Oglądaniem stwierdza się z pod prawego łuku żebrowego wychodzące wypuklenie powłok brzusznych. Przy oddychaniu obniża się to wypuklenie ku dołowi i wyraźnie widać, że leżący pod powłokami guz wykonuje ruchy, równoczesne z przeponą. Obmacaniem stwierdza się guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z pod prawego podżebrza; guz ten jest twardy, a powierzchnia jego jest nierówna; ku dołowi sięga guz do linii pępkowej, a na wewnątrz do linii środkowej ciała. Badaniem dwuręcznem stwierdza się wielką ruchomość guza. Przez ucisk ręką na prawą okolicę lędźwiową daje się guz z łatwością przesunąć ku przodowi brzucha; gdy ręka od powłok brzusznych uciska na guz, występuje wyraźne wypuklenie w okolicy lędźwiowej prawej. W miejscu, gdzie linia pachowa przednia przecina guz, daje się stwierdzić wyraźne chełbotanie. Zresztą badanie brzucha z wynikiem ujemnym.

Badanie moczu: Barwa słomkowo żółta, oddziaływanie słabo kwaśne, ciężar gatunkowy 1·014, śladzik białka, cukru i kwasu acetooctowego niema, urobilinogen prawidłowy, barwików żółciowych niema, chlorki prawidłowe. Osad: nieliczne wałeczki drobnoziarniste, nieliczne ciałka czerwone krwi wyługowane, bardzo nieliczne leukocyty i komórki nabłonka płaskiego.

Odczyn Wassermanna ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie prawej nerki nie wykazuje nic szczególnego.

Cystoskopia: Wypełnienie pęcherza 200 cm^3. Błona śluzowa pęcherza przedstawia się wszędzie prawidłowo. Ujścia obu moczowodów nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Wstrzyknięty indygokarmin wydziela się z lewej nerki po sześciu minutach bardzo obficie i często; nerka ta pracuje ciągle bardzo wydatnie. Nerka prawa nie wydziela barwika nawet po dwudziestu minutach, a ujście prawego moczowodu wykonuje bardzo nieznaczne i rzadko występujące ruchy.

W przeciągu 45-dniowego spostrzegania na oddziale stwierdzono, że guz w ciągu tego czasu nie powiększył się. Chory nigdy nie gorączkował, miał dobry apetyt i sen. Ubytek wagi ciała i bladość powłok w czasie tego spostrzegania nieznacznie postąpiły.

Rozpoznanie brzmiało: Cystis renis dextri probabiliter echinococcus renis.

Dnia 22: III. 1918 r. wykonałem operacyę. Uśpienie eterowe, po poprzedniem wstrzyknięciu 1 centygrama morfiny. Cięcie lędźwiowe skośne, długości 25 cm. Po przecięciu mięśni i tępem odpreparowaniu tkanki pozanerkowej wyłonił się guz torbielowaty, wychodzący z prawej nerki, wielkości głowy dziecka. Topograficznie leżała nerka w prawidłowem położeniu, a guz rozrastał się ku górze, ku przodowi i ku dołowi od wnęki. Sama nerka przedstawiała się rozciągnięta i bardzo spłaszczona, niejako rozpostarta na guzie. Guz wyłuszczyłem na tępo z łatwością, podwiązując tylko nieliczne zrosty na górnym biegunie. Naczynia krwionośne wnęki okazały się bardzo zcieńczałe, moczowód był prawidłowych rozmiarów; po osobnem podwiązaniu tętnicy, żyły i moczowodu, usunąłem guz. Powłoki zeszyłem warstwami z pozostawieniem grubego drenu.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Stopa moczenia wynosiła na drugi dzień po operacyi 1050 cm^3 moczu i dosięgła w szóstym dniu po operacyi 2350 cm^3. Mocz miał skład prawidłowy. Ciepłota ciała podniosła się na drugi dzień po operacyi do 37·6° C, następnie opadła i nie przekroczyła już nigdy 36·7° C. Również i tętno zachowywało się przez cały czas prawidłowo. Po 5 dniach usunąłem dren, a po 10 dniach wszystkie szwy. Rana zagoiła się doraźnie a 12. dnia chory zaczął chodzić. Badanie chorego, wykonane po 3 tygodniach od operacyi, wykazało znaczny przyrost na wadze ciała, znakomite wyglądanie i brak wszelkich dolegliwości.

Badanie anatomiczne i mikroskopowe wyciętej nerki (Prof. Dr Gliński) wykazało, co następuje: Guz długości 17 cm, szerokości 13 cm, wysokości 11 cm. W górnej i po prawej stronie guza zauważa się silnie rozciągniętą powiększoną nerkę, której miąższ bez wyraźnej granicy przechodzi w torbiel wielkości głowy dziecka, o ścianach miejscami przeświecających. Po nacięciu torbieli wydobywają się z niej liczne pęcherze bąblowca. Na tylnej ścianie guza znajduje się wnęka nerki; wnęka ta jest również odpowiednio do kształtów nerki rozciągnięta, zawiera znaczną ilość tkanki tłuszczowej; miedniczka nierozszerzona, jej błona śluzowa nielicznemi wybroczynkami tu i ówdzie upstrzona, zresztą blada. Kieliszki nerkowe odpowiednio do wydłużenia nerki porozciągane. Od miedniczki odchodzący moczowód i biegnący po tylnej ścianie guza jest zupełnie dobrze drożny.

Przy badaniu mikroskopowem wycinka z pogranicza nerki i bąblowca stwierdzono: Bąblowiec jest od zewnątrz otoczony przez zbitą tkankę włóknistą, wśród której tylko gdzieniegdzie zauważa się drobne gniazdka drobnych komórek okrągłych, obok tego zaś w warstwach głębszych bardzo nieliczne, ku obwodowi coraz liczniejsze, wyraźnie rozpłaszczone cewki nerkowe, zapełnione wałeczkami szklistymi. Ku obwodowi ilość tkanki łącznej coraz bardziej się zmniejsza, przybywa coraz więcej cewek nerkowych wypełnionych wałeczkami, aż w końcu ta włóknista otoczka bąblowca bez wyraźnej granicy przechodzi w sąsiedni włóknisto niezmieniony miąższ nerki; lecz i w tej części jeszcze w odległości około 1 cm od bąblowca wyraźne są ślady ugniecenia miąższu nerkowego.

W przypadku powyższym pouczające są przedewszystkiem niektóre szczegóły we wywiadach. I tak z niejaką ścisłością możemy przyjąć, że termin dwu lat był przeciągiem czasu, wśród którego bąblowiec tak się rozwinął, iż zaczął choremu sprawiać dolegliwości i stał się dostępny badaniu; czyli, że potrzeba było dwu lat, ażeby bąblowiec z jaja, usadowionego w nerce, rozwinął się w guz wielkości głowy dziecka. Zakażenie jajami bąblowca nastąpiło niewątpliwie w r. 1915, kiedy chory spożywał mięso psie, gdyż szczegółowe wywiady wykazały, że przedtem nigdy żadnej styczności z psami nie miał. Także i sposób zakażenia przez jedzenie psiego mięsa jest niezwykły. Ponieważ tasiemiec bąblowcowy zamieszkuje przewód pokarmowy psa, należy przyjąć, że przy usuwaniu trzew z psa nastąpiło u chorego zawalanie rąk treścią przewodu pokarmowego, a następnie z rąk dostały się jaja tasiemca do ust i żołądka chorego, albo też treścią przewodu pokarmowego psa zostało zawalane mięso, a jaja, przez niedostateczne gotowanie nie zabite, zostały w stanie zdolnym do rozwoju spożyte.

I w moim przypadku, jak to zresztą naogół wszyscy stwierdzają, nie ucierpiał stan odżywienia chorego, pomimo długiego trwania choroby i wielkości guza. Wprawdzie chory utrzymywał, że miał wychudnąć, lecz przedmiotowe badanie stwierdziło dobrze utrzymaną podściółkę tłuszczową. Dolegliwości podmiotowe nie miały w sobie nic znamiennego; były to objawy ucisku ze strony dużego guza na narządy jamy brzusznej. Badanie fizyczne dozwalało w tym przypadku na pewno rozpoznawać torbiel, przynależną do prawej nerki; naprzód usadowienie guza odpowiadało nerce, dalej badanie dwuręczne dozwalało swobodnie przesuwać guz ku okolicy lędźwiowej, a przy ucisku na okolicę lędźwiową ku przodowi; za torbielą przemawiało wyraźne chełbotanie. Ten szczegół, że w moczu nie było barwików żółciowych, dowodził, że guz nie pochodził z wątroby.

Szczególnie cennych szczegółów dostarczyła cystoskopia. W pierwszym rzędzie dowiodła ona, że prawa nerka nie tylko na barwik nie oddziałała, ale że ona wogóle bardzo mało wydziela; w drugim rzędzie dowiodła cystoskopia, że lewa nerka rozpoczęła po 6 minutach bardzo obficie wydzielać indygo-karmin i że porcye wydzielanego moczu były bardzo obfite i często po sobie następowały. Z badania tego można było wysnuć wniosek, że prawa nerka zawiesiła swoją czynność, a lewa spotęgowała swoją czynność zastępczo.

Znalezione w moczu białko i wałeczki pochodziły z prawej nerki, a potwierdzał to przypuszczenie fakt, że w kilka dni po operacyi badany mocz nie zawierał ani białka ani wałeczków.

Zdjęcie radiograficzne było zupełnie ujemne.

Jak to najczęściej przy bąblowcu nerki bywa, tak i w tym przypadku nie można się było posunąć poza rozpoznanie torbieli nerki; bąblowca można było tylko przypuszczać. To tylko było pewne, że prawa nerka była bardzo uszkodzona i prawie utraciła czynność wydzielniczą, a nerka lewa okazywała cechy

wzmożonej czynności. Te szczegóły skłoniły mnie do wykonania wycięcia nerki, która, bez względu na sprawę chorobową w niej się toczącą, stała się dla ustroju pod względem czynnościowym bezwartościową.

Przebieg pooperacyjny i badanie anatomiczne i drobnowidowe wyciętej nerki potwierdziły moje przypuszczenia. Stopa moczenia była od pierwszej doby pooperacyjnej duża, a skład moczu prawidłowy. Badanie drobnowidowe miąższu nerki stwierdziło cechy zmian uciskowych, a tylko cienki pasek miąższu na samym obwodzie nerki przedstawiał się prawidłowo.

Piśmiennictwo. 1) Wagner: w Handb. d. Urologie. Frisch u. Zuckerkandl. Wien, 1905. — 2) Casper: Lehrbuch d. Urologie. Berlin—Wien, 1903. 3) — Rotschild, A: Lehrbuch d. Urologie. Leipzig, 1911. — 4) Wagner: Centr. f. d. Kr. d. Harn. u. Sex. Bd. V. 1894. — 5) Manasse, L.: Tamże. Bd. IX. 1898. — 6) Baradulin: Monatsber. f. Urol. Bd. XI. — 7) Knie, A.: St. Petersb. m. W. 1888. — 8) Fairbank: Lancet. 1890. — 9) Zimmermann, A.: W. kl. W. 1904. Nr. 2. — 10) Bogoliubow, A.: Russ. Arch. f. Chir. Bd. 13. — 11) Balás, D.: D. m. W. 1908. Nr. 30. — 12) Alhaique: La Clinica chir. 1912. — 13) Treuberg: St. Petersb. m. W. 1896. — 14) Lewkowicz: Klin. ther. W. 1898. — 15) Serapin: Med. obozr. 1898. — 16) Stein, C.: W. kl. W. 1900.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe d. 8 marca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 38.

I. Prof. Rencki przedstawia i omawia:

1) Dwa przypadki **obrzęku śluzowatego** (myxoedema adultorum).

a) A. R. l. 38. 6 porodów, ostatnie 4 ze znacznym krwotokiem, ostatnie 2 dzieci nie karmiła — od 4 lat nie miesiączkuje. Od 2 lat osłabienie, apatya, obrzęk na twarzy i kończynach. Typowe zmiany na skórze, troficzne zmiany na włosach i paznokciach, gruczoł tarczowy nie wybadalny, apatya, senność, zupełne otępienie, od czasu do czasu omamy i gwałtowne podniecenie. Krew: c. cz. 4·25 mil. c. b. 6700, hgb 50%, n. 30·75% l. m. 40·05%, m. 6·15%, eoz. **20·10%**, t. 2·85%; mocz bez białka; po podaniu 120 gr cukru gronowego i równoczesnem wstrzyknięciu 1·50 adrenaliny nie pojawił się cukier w moczu.

b) R. R. l. 45. 2 porody, ostatni przed 15 laty, od 2 lat nie miesiączkuje, od 1½ roku osłabienie ogólne, bóle i obrzęk na twarzy i kończynach. Przypadek typowy: krew: c. cz. 4·45 m., c. b. 7600, hgb 75%, n. 50·5%, l. 36·5, m. 7·25%, eoz. 5·25%, t. 0·5%. Kilkutygodniowe podawanie chorej pastylek gruczołu tarczowego odniosło bardzo dobry wynik.

W dyskusyi zwraca kol. Demianowski uwagę na zaburzenia umysłowe przy obrzęku śluzowatym. Dadzą się one podzielić na dwie kategorye: jedne, są to stany psychiczne, towarzyszące sprawie obrzęku w każdym prawie przypadku, a niekwalifikujące się jeszcze pod nazwę choroby umysłowej, tak zwanej przez Pilcza »myxoedematöser Geisteszustand«, oraz występujące rzadziej, tylko w pewnym odsetku cierpienia, mające już charakter choroby umysłowej. Co się tyczy pierwszych, to charakteryzują się one zwolnieniem i utrudnieniem procesów psychicznych i psychomotorycznych przy zachowanej świadomości (zewnętrzne podobieństwo do zadumy). Uwaga mimowolna wybitnie zaburzona, natomiast dowolna dobra. Ogólne zwolnienie procesów psychicznych nie w równej mierze odnosi się do całej psychiki, ale dotyczy prawie wyłącznie elementu odśrodkowego, a więc walki motywów, powzięcia zamiaru, a najwięcej przemiany zamiaru w czyn. Pierwiastek uczuciowy odpowiada zupełnie sytuacyi. Często niezadowolenie z otoczenia, zrzędność

i drażliwość. Drugie, t. j. choroby umysłowe, trafiają się w 15% przypadków i nie charakteryzują się jednolitym obrazem. Wagner dzieli je na cztery obrazy kliniczne: 1) zaostrzenie tylko i powiększenie objawów, opisanych powyżej, które wikłają się powstawaniem urojeń prześladowczych; ostatecznie otępienie; 2) stan, gdzie omamy przeważają, zawsze jednak o charakterze prześladowczym (brak jednak systemu); 3) obraz maniakalny (impulzywność); 4) obraz melancholiczny.

2) Następnie przedstawia kol. Rencki przypadek **choroby Addisona na tle kiły nadnercza,** wywołującej obniżenie czynności układu chromochłonnego.

P. B. l. 40, wdowa, przyjęta do szpitala 9. XI. 1917; nie rodziła, nie roniła; miesiączkowała dawniej prawidłowo; przed $2\frac{1}{2}$ r. przebyła cholerę, a przed 2 laty dur brzuszny; przebycie kiły przeczy. Od kilku miesięcy osłabienie, od 4 miesięcy nie miesiączkuje, wychudła, poczerniała, a od $1\frac{1}{2}$ miesiąca leży, podnieść się nie może, popada w omdlenie, doznaje bolów głowy i w krzyżach; brak zupełny łaknienia; stolec regularny. Stan bezgorączkowy, chora o własnych siłach w łóżku obracać się nie może, musi być stale przez służbę karmiona. Wybitne typowe zabarwienie skóry, rozległe plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ustnej i języku; lekkie przytłumienie w szczytach, obniżenie i mniejsza ruchomość dolnych granic płuc, szmery pęcherzykowe. Stłumienie sercowe do linii sutkowej, nad końcem serca i nad tętnicą główną skurczowy podmuch, II ton nad t. główną lekko zaostrzony, tętno 84, bardzo małe, miękkie, choć ściana tętnicy sprychowej jest nieco twardsza. R. R. 65—70. Wątroba, śledziona nie powiększone, na kończynach niema obrzęków. Odruchy kolanowe prawidłowe. Niedokształt narządów płciowych. Mocz bez białka, chlorki prawidłowe, odczyn dwuazowy ujemny. Krew: c. cz. 1870000, c. b. 9000, hgb. 25%, n. 69·5%, l. 22%, m. 4%, eoz. 5·5%. Odczyn Wassermanna dodatni (++++). Badanie promieniami Roentgena wykazuje lekkie ściemnienie szczytów płucnych, wymiar poprzeczny serca w kierunku lewym o 1·5 cm większy; cień tętnicy głównej wybitniej występuje. Po 3-miesięcznym pobycie w szpitalu wśród leczenia przeciwkiłowego (44 wcierania szaruchy po 3 gr i 6 wstrzyknięć neosalwarsanu łącznie 2·1 gr.) znakomita poprawa; stan sił chorej dobry, ustąpiły doszczętnie plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ustnej i język aoraz ciemne zabarwienie skóry; tętno dość dobrze napięte 72—80, R. R. 125—130, a krew: c. cz 3690000, c. b. 7400, hgb. 50%, n. 58·5%, l. 26%, m. 10%, eoz. 5·5%. 8 marca 1918 po podaniu chorej 100 gr cukru gronowego i równoczesnem wstrzyknięciu 0·5 gr adrenaliny nie wykazano w moczu obecności cukru.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne urządza w d. 21—23 września w Warszawie Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi. Prezesem komitetu Zjazdu jest Dr. J. Polak.

Redakcya otrzymała: Janowski: 1) Nerwobole w ścianie brzusznej. 2) Uproszczony sposób oryentowania się w szybkośc tętna. 3) O rzadkich umiejscowieniach gośćca. 4) W sprawie stosowania związków jodowych. (Odb. z »Polskiego Miesięcznika ek.« Kijów 1917).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1918. sierpień.

W zeszycie sierpniowym »Kursów« znajdują się następujące rozprawy: 1) Dr Haudeka: Rewizya metodyki rentgenologicznej oceny wielkości serca. 2) Dr Georgens: Oznaczenie położenia ciał obcych zapomocą środków operacyjnych. 3) Prof. Strauss: Niedożywianie jako czynnik leczniczy. 4) Prof. Determann: Odżywienie wojenne a zdrowie. 5) Dr Schanz: Biologiczny wpływ światła. 6) Prof. Glax: Przegląd postępów klimatobalneo- i hydroterapii w r. 1917.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1918.

Gazeta lekarska Nr 30—33: Korybut-Daszkiewicz: 1) Patoloogia nowoczesna zapalenia nerek (30). 2) Rzut oka na dyetetykę nowoczesną w zapaleniu nerek (31). — Gutowski: Przypadek anomalii serca o 2 zastawkach aorty i 4 tętnicach wieńcowych (31). — Pańczyszyn: Podłoże anatomiczne t. zw. rysunku wnękowego płuc w obrazie rentgenowskim (32). — Szokalski: Aglutynacya grupowa w przebiegu duru brzusznego, czerwonki i duru plamistego (32—33). — Karwacki i Podolski: Odczyn śródskórny w tyfusie plamistym z domniemanym zarazkiem swoistym ze wszy (33). — Sterling-Okuniewski: W sprawie zimnicy (33).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr. 28—32: Janiszewski: Uwagi w sprawie reformy studyów lekarskich i szkolnictwa polskiego (28—29). — Okuszko: Wysypka płonicowata zakaźna: Exanthema scarlatinoforme infectiosum. Rubeola scarlatinosa (?) Filatow. Choroba czwarta (Dukes) (29—30). — Stefan Sterling-Okuniewski: Przyczynek do bakteryologii duru powrotnego (30). — Kucharzewski: Pięć przypadków włośnicy z zejściem śmiertelnem (31—32). — Biro: O szczególnych postaciach choroby gorączkowej (31—32).

Zdrowie Z. 8. Bujakowski: Działalność Wydziału balneoklimatologicznego T. W. H. — Adamski: Mieszkania suterenowe.

Kronika dentystyczna Nr 6: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów. (dok.) — Nr 7: Trzcińska: Nowojodyna w dentystyce.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 37. Kraków, 14. września 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna. Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek. krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVII. Kraków. 14. września 1918 Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner).

Kilka uwag o pierwotnym raku pochwy.

Podał *)
Doc. Dr January Zubrzycki.

Od czasu do czasu spotykamy w praktyce przypadki, które wzbogacają niewątpliwie zasób spostrzeżeń klinicznych i zasługują ze względu na niezwykłą rzadkość swojego występowania na krótkie chociażby omówienie. Do takich zaliczyć musimy między innymi i przypadki pierwotnego raka pochwy, który należy do najrzadziej spotykanych schorzeń narządów rodnych kobiecych. I tak na ogólną ilość schorzeń narządów rodnych kobiety przypada na pierwotnego raka pochwy według Gurlta 0·19%, według Schwarza 0·24%, według Schrödera 0·24%. Na ogólną zaś ilość przypadków raka w innych częściach ustroju przypada na pierwotnego raka pochwy według Williamsa 0·43%; w stosunku do ilości przypadków raka macicy wynosi ilość przypadków pierwotnego raka pochwy według Eppingera 1·04%, według Hechta 2·05%, według Kliensa 3%, według Franza 1·06%, a według Schottlaendera i Kermaunera 3·05%.

Podane powyżej liczby, chociaż rzecz jasna różnią się nieco od siebie, dowodzą jednak bardzo nizkiego procentu przypadków pierwotnego raka pochwy w porównaniu do innych cierpień ginekologicznych, jak i do przypadków raka innych części narządu rodnego kobiety. W klinice położniczo-ginekologicznej U. J. spostrzegano w ostatnich dziesięciu latach zaledwo cztery przypadki raka, którego punktem wyjścia była pochwa.

Pierwszy z nich, opisany w 1911 r. przez Radwańską Obrady Sekcyi ginekologiczno-położniczej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich), dotyczył kobiety 60-letniej, u której rak usadowił się na lewej ścianie zupełnie wynicowanej pochwy, zajmując w postaci półksiężycowej błonę śluzową na przestrzeni wielkości dłoni. Wykonany zabieg operacyjny miał na celu wycięcie nowotworowo zmienionej części pochwy w granicach zdrowych. Zabieg ten wykonano, wycinając cały naciekły rakowato płat błony śluzowej pochwy, przyczem musiano usunąć i część pęcherza moczowego, na który przechodził nowotwór. Chora w krótkim czasie z powodu powikłań pooperacyjnych zmarła.

Trzy następne przypadki, spostrzegane przezemnie, a dotychczas jeszcze nie opisane, poniżej szczegółowiej nieco omówię.

Przypadek drugi: W maju 1914 zgłosiła się na klinikę chora K. K. l. 44, która w wywiadach podała, że rodziła 5 razy, ostatni raz przed 10 laty, zawsze na czasie, siłami natury; nie roniła. Od 2 miesięcy zauważyła białawo-ropne upławy, a równocześnie wystąpić miały nieregularne krwotoki. Przy badaniu stwierdzono: Osoba średnio odżywiona, bez znaczniejszych zmian w narządach wewnętrznych. Przy zupełnie zresztą prawidłowych narządach rodnych znaleziono na tylnej ścianie pochwy, mniej więcej dwa centymetry ponad wejściem, płaski naciek wielkości małej dłoni, krwawiący przy dotknięciu, o powierzchni nierównej, brzegach twardych, dość kruchy. Naciek ten przechodził na tkankę łączną, znajdującą się pomiędzy pochwą a odbytnicą, zajmując nawet częściowo przednią ścianę odbytnicy. Błona śluzowa odbytnicy względem nacieku nieprzesuwalna. Badanie histologiczne wyciętego z nacieku kawałka wykazało utkanie raka płaskokomórkowego.

Wobec tego doradzono chorej zabieg, który zamierzano wykonać od strony kości krzyżowej. Przez resekcyę częściową kości krzyżowej i ogonowej postanowiono udostępnić sobie pole operacyjne. Wybrano zaś tę drogę dlatego, że zamierzano usunąć równocześnie część nowotworowo zmienionej odbytnicy, co tak od strony powłok brzusznych, jak i od strony pochwy byłoby rzeczą prawie niewykonalną. W dalszym ciągu zamierzano obok wycięcia schorzałej odbytnicy i wytworzenia sztucznego odbytu usunąć wraz z nią równocześnie macicę, przydatki i pochwę w całości. Strona techniczna zabiegu wymagałaby oczywiście nieco dłuższego czasu i nastręczałaby trudności, które jednak dałyby się pokonać. W sposób podobny operowali już, i to z dobrym wynikiem, przypadki raków pochwy, przechodzących na ścianę odbytnicy, Pryor, Himmelfach, Wertheim i inni. Chora jednak na ten bądź co bądź ciężki rękoczyn zgodzić się nie chciała i opuściła klinikę nie leczona.

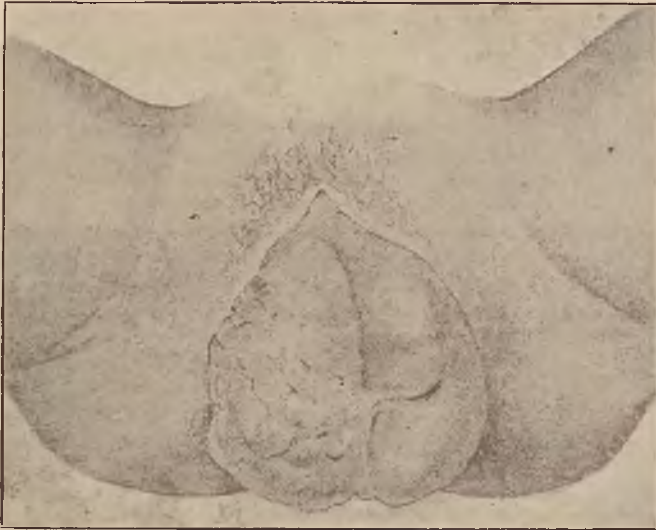
Przypadek trzeci: Dnia 11. XI. 1916 zgłosiła się na klinikę chora M. S. l. 65, podając, że od lat przeszło dziesięciu wypada jej macica, zwłaszcza przy ciężkiej pracy. Przed rokiem zauważyła chora, że guz wypadający powiększa się coraz bardziej i gdy dawniej chował się zupełnie na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, zwłaszcza przy spokojniejszym trybie życia, to od roku nie tylko się nie cofa, lecz brzęknie i na powierzchni jego tworzą się jakieś »wrzody«, które nie są wprawdzie bolesne, lecz rosną coraz bardziej i za dotknięciem krwawią. Równocześnie skarży się chora na zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu. Od roku oddaje mocz tylko po uciśnięciu palcem wypadłego guza. Rodziła pięć razy, ostatni raz przed 30 laty. Porody trwały zawsze długo, były ciężkie, kończyły się jednak bez pomocy lekarskiej. Wstawała po nich do trzech dni i odrazu powracała do swoich codziennych zajęć. Nie roniła.

Przy badaniu stwierdzono, co następuje: Budowa wątła, odżywienie liche, niedokrwistość, wyraźny zanik tkanki tłuszczowej i mięśni. W narządach wewnętrznych żadnych znaczniejszych zmian chorobowych wykazać nie można. Pomiędzy udami sterczy guz wielkości głowy noworodka, nie dający się odprowadzić z powrotem do miednicy małej, a wychodzący z pomiędzy warg sromowych dużych. Guz ten, jak badanie stwierdza, jest wynicowaną pochwą, okrywającą wypadłą całkowicie macicę. Na wierzchołku guza widać ujście zewnętrzne macicy. Powierzchnia wynicowanej pochwy nie przedstawia się jednolicie. Po stronie lewej ściana jej jest tylko twarda i zgrubiała. Po stronie prawej natomiast znajdujemy na niej wyraźne i daleko posunięte zmiany w postaci wybujałości nierównych, barwy czerwonej, które sięgają od prawej wargi sromowej małej do samej prawie części pochwowej, dochodząc tak z przodu, jak i z tyłu do linii środkowej. Odgraniczają się one od otoczenia ostrym, wyniosłym brzegiem i krwawią za dotknięciem. Guz, sterczący ze sromu, wykazuje od przodu i boków bardzo wyraźne chełbotanie, które należy odnieść do zaułka pęcherza moczowego, wciągniętego w dół wraz ze ścianą pochwy (cystokele). Wprowadzony do pęcherza moczowego cewnik wyczuwa się tuż pod wynicowaną przednią ścianą pochwy. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdzić można, że i ona bierze udział w wytworzeniu omawianego guza, gdyż przednia jej ściana wypada częściowo wraz z macicą i pochwą, tworząc t. z. »proktokele«, i to znacznego stopnia. Błona śluzowa odbytnicy jest niezmieniona, względem nacieku w pochwie łatwo przesuwalna. Gruczoły pa-

*) Z powodu braku miejsca został artykuł ten na żądanie Redakcyi bardzo znacznie skrócony.

chwinowe powiększone, prawe więcej, niż lewe, z otoczeniem jednak nie zrosłe. Błona śluzowa pęcherza moczowego, oglądana przy pomocy cystoskopu, nie wykazuje nieprawidłowych nacieków, ani też wybujałości.

Opierając się na tych danych, rozpoznano wypadnięcie całkowite pochwy i macicy, raka bocznej prawej ściany pochwy, przerzuty nowotworowe w obustronnych gruczołach pachwinowych. Badanie drobnowidowe kawałka, wyciętego z powierzchni nowotworowo zmienionej ściany pochwy, potwierdziło rozpoznanie kliniczne w kierunku raka, wykazując typowe utkanie raka płaskokomórkowego. Załączony rysunek uwidocznia najlepiej powyżej opisany guz.



Leczenie w tym przypadku mogło być bądź to operacyjne, bądź też zachowawcze. Pierwsze natrafiało na niemałe trudności techniczne, a wobec zajęcia gruczołów chłonnych nadzieja zupełnego wyleczenia na tej drodze była niewielka. Drugie, to jest leczenie zachowawcze przez naświetlanie promieniami radu, mesothoru lub promieniami Roentgena, dałoby się tem łatwiej przeprowadzić, że nowotwór, leżąc cały na powierzchni, był dostępny bezpośrednio działaniu promieni. I ten również sposób leczenia wobec wspomnianego już zajęcia gruczołów chłonnych rokowanie dawał nie najlepsze. Plan naszego postępowania kojarzył obydwie te metody leczenia ze sobą. Postanowiliśmy usunąć najpierw przy pomocy zabiegu operacyjnego, wykonanego od strony pochwy, ile możności doszczętnie nowotwór, wycinając całkowicie pochwę, macicę, przydatki i zmienione rakowato gruczoły chłonne, a potem dopiero polecić chorej zapobiegawcze leczenie przy pomocy energii promiennej, w celu usunięcia i zniszczenia pod jej wpływem tego, czego nożem ze względów czysto technicznych nie zdołalibyśmy usunąć. Chora jednak zabiegowi operacyjnemu poddać się nie chciała i opuściła klinikę nieleczona.

Przypadek czwarty: R. I. l. 45, zgłosiła się do kliniki w czerwcu 1918 r. Rodziła sześć razy siłami przyrody. Z tego raz w V., a raz w VII. mies. ks. ciąży. Ostatni poród przed 10 laty. Nie roniła. Od listopada 1917 r. cierpi chora na upławy białe, czasem różowo podbarwione. Od kilku tygodni silne bóle w nodze; równocześnie zauważyła chora powiększenie się gruczołów pachwinowych.

Przy badaniu stwierdzono: Kobieta licho odżywiona z wyraźnym zanikiem tkanki tłuszczowej. Bardzo daleko posunięta miażdżyca tętnic. Pochwa dość krótka, sklepienie wąskie, na przedniej ścianie w linii środkowej tuż pod sklepieniem guz wielkości orzecha laskowego, kulisty, nieruchomy. Poniżej pozornie bez związku z nim, również na przedniej ścianie pochwy, naciek, sięgający prawie do wejścia pochwy i kończący się nieco mniejszym guzkiem. Naciek ten przechodzi na prawą ścianę pochwy. Obustronne gruczoły pachwinowe bardzo znacznie powiększone, zrosłe silnie z otoczeniem, nieruchome. Nad spojeniem łonowem po prawej stronie i w głębi, w okolicy, odpowiadającej gruczołom biodrowym, twarde nieprzesuwalne opory. Wycinek z nacieku, badany pod drobnowidem, wykazuje typowe utkanie raka płaskokomórkowego.

Przypadek powyższy uznano za nienadający się do zabiegu ze względu na ogólny stan chorej, znaczne zmiany w narządzie krążenia i rozległe przerzuty w gruczołach nie tyle pachwinowych, (które ostatecznie można było usunąć przy zabiegu), ale przedewszystkiem w gruczołach, leżących w miednicy i koło tętnicy głównej. Również i leczenie energią promienną w tym przypadku, przynajmniej przy obecnym stanie techniki naświetlań, ze względu na niemożność zadziałania promieniami radu, mesothoru lub Roentgena na głęboko leżące, nowotworowo zmienione gruczoły chłonne, byłoby bezcelowem.

Opisane przypadki z wyjątkiem drugiego różnią się znacznie od zazwyczaj spotykanych postaci raka pochwy. Zasługuje w nich na uwagę z jednej strony powikłanie raka zupełnem wypadnięciem pochwy i macicy, (przypadek I i III), z drugiej zaś rzadko stosunkowo spostrzegane usadowienie nacieków nowotworowych (w przyp. I i III boczna, w IV — przednia ściana pochwy).

Najczęstszym punktem wyjścia pierwotnego raka pochwy jest jej ściana tylna, jak to w naszym przypadku II spostrzegać mieliśmy sposobność. W zestawieniu Króniga znajdujemy bowiem, że na ogólną sumę 123 przypadków wychodził rak z tylnej ściany pochwy 71 razy, z przedniej 23 razy, z bocznych 13 razy, otaczał zaś pierścieniowato pochwę 16 razy.

Rak pochwy występuje prawie z reguły u kobiet starszych, i to wieloródek, wyjątkowo zaś tylko u kobiet młodych lub u tych, które nie rodziły (Jaworski, Falk). Opisane powyżej przypadki żadnego pod tym względem nie stanowią wyjątku. Rak tworzy na powierzchni ściany pochwy nacieki, początkowo ograniczone, niewiele ponad powierzchnię wystające, o nierównem dnie i twardych brzegach. Nacieki te, z biegiem czasu powiększając się, ulegają rozpadowi. Niekiedy jednak wytwarzać się mogą zamiast tego kalafiorowate wybujałości, wypełniające i zacieśniające światło pochwy, a równocześnie skłonne do szybkiego bardzo rozpadu. Przy badaniu przez pochwę, jak niemniej przy oglądaniu gołem okiem, wydaje się nam, że naciek nowotworowy posiada granice, dość ostro odcinające się od otoczenia. Mikroskop atoli poucza, że drobne ogniska nowotworowe sięgają znacznie dalej poza granicę głównego nacieku.

Rak pochwy rozrasta się bardzo szybko, posuwając się tak po powierzchni wnętrza pochwy, jakoteż drążąc w głąb otaczających ją tkanek, w następstwie czego może pochwa z czasem zamienić się w kanał zupełnie niepodatny, wązki, twardy, wmurowany niejako w tkanki miednicy małej, którego ścianę stanowią mniej lub więcej rozpadłe, łatwo krwawiące wybujałości nowotworowe. Z tkanek sąsiadujących zostaje w pierwszym rzędzie przez nowotwór zajęta tkanka łączna otaczająca pochwę (parakolpios), za pośrednictwem której przenieść się może naciek nowotworowy ku tyłowi na przednią ścianę odbytnicy, lub, co rzadziej, ku przodowi na tylną ścianę pęcherza moczowego. Rozrastając się po powierzchni wnętrza pochwy może nowotwór wyjątkowo zająć część pochwową macicy. Wręcz przeciwnie zachowuje się rak szyjki lub części pochwowej macicy, który częściej przechodzi na pęcherz, niż na odbytnicę i niezbyt rzadko, bo według Schottländera i Kermaunera w 45% przypadków, przenosi się na ścianę pochwy.

Przyczyny tak szybkiego rozrostu raka pochwy szukać należy nie w jakiejś wyjątkowej złośliwości komórek rakowych, lecz w budowie anatomicznej pochwy i rozmieszczeniu naczyń chłonnych, odprowadzających z niej prąd limfy. Z jednej strony bowiem ściana pochwy składa się tylko z błony śluzowej i nielicznych pokładów mięsnych, nie może więc stawić należytego oporu rozwijającej się tkance nowotworowej. Z drugiej zaś strony rozległa sieć naczyń chłonnych ułatwia komórkom rakowym rozrost, a w związku z tem tworzenie przerzutów.

Badania Geroty, Sappeya, Poinera, Bruhnsa pouczają, że naczynia chłonne błony podśluzowej pochwy tworzą bardzo gęstą siatkę i łączą się z naczyniami chłonnemi warstwy mięsnej, które dopiero zlewając się w większe pnie, podążają ku odpowiednim gruczołom chłonnym. Naczynia chłonne tylnej ściany pochwy, posiadające ważne kliniczne znaczenie ze względu na częste usadowienie się tamże raka, biegną od ściany pochwy przez tkankę łączną w towarzystwie tętnicy odbytniczej dolnej ku odbytnicy, otaczają ją dookoła i wchodzą do gruczołów chłonnych odbytniczych górnych i gruczołów krezkowych odbytnicy (lymphoglandulae haemorrhoidales superiores mesorectales (Moran i Bruhns)). Drogi chłonne górnej części pochwy, komunikując z naczyniami chłonnemi części pochwowej i szyjki macicy, uchodzą do gruczołów chłonnych pozapochwowych przymacicznych, biodrowych dolnych, zasłonowych i podbrzusznych. Nakoniec naczynia chłonne dolnych odcinków pochwy odprowadzają prąd limfy do gruczołów chłonnych pachwinowych powierzchownych i głębokich. Zależnie od siedziby nowotworu za-

jęte więc zostają odpowiednie gruczoły chłonne (Hecht). Jeżeli n. p. usadowił się rak w dolnej trzeciej części pochwy, to przerzutów jego szukać należy w pierwszym rzędzie w gruczołach chłonnych pachwinowych, jeżeli zaś w dwóch trzecich górnych, to zajęte zostają gruczoły chłonne pozapochwowe, przymaciczne, biodrowe i t. d. Przerzuty nowotworowe w gruczołach chłonnych występują przy raku pochwy, jak to wykazał Gussenbauer, w przeciwieństwie do raka macicy już w bardzo wczesnym okresie choroby. Wyłącznie jednak gruczoły chłonne pachwinowe, leżące zupełnie powierzchownie, są dostępne naszemu badaniu, innych, leżących w głębi, w przeważnej części przypadków badać nie możemy. Zupełnie inaczej ma się sprawa z naciekami nowotworowymi w tkance łącznej, które przy zwykłem już badaniu przez pochwę wyczuć możemy w postaci twardych oporów, pozostających w związku z pierwotnem ogniskiem chorobowem.

Nowotwory, usadowione na tylnej ścianie pochwy, drążą niezmiernie szybko w głąb tkanki łącznej, znajdującej się pomiędzy pochwą a odbytnicą, przechodzą następowo na odbytnicę, zajmując powoli wszystkie warstwy jej ściany i obejmując ją nierzadko pierścieniowato. Pozostaje to najprawdopodobniej w związku z kierunkiem przebiegu naczyń chłonnych, otaczających odbytnicę dookoła.

Rak pochwy miewa najczęściej utkanie raka płaskokomórkowego, z charakterystycznemi wyspami zrogowaciałych komórek (perły Waldeyera). Opisywano już jednak raki pochwy gruczołowate (Bail, Pinna-Pinter, Siefard, Van der Hoeven i t. d.), których punktem wyjścia mają być bądź to zbłąkane w ścianę pochwy gruczoły błony śluzowej szyjki, bądź też pozostałości przewodu Gartnerowskiego (Meyer), które w życiu pozapłodowem mogą przebiegać w ścianie pochwy.

Objawy chorobowe raka pochwy nie różnią się w zasadzie od objawów raka części pochwowej macicy. Początkowe okresy cierpienia przebiegają zazwyczaj bez znaczniejszych podmiotowych dolegliwości i wskutek tego nie zwracają uwagi chorej. Upławy i nieregularne krwawienia, cechujące dalszy przebieg raka pochwy, występują w stosunkowo dość późnych okresach choroby, zazwyczaj dopiero wtedy, gdy naciek nowotworowy zajmie już pewną znaczniejszą przestrzeń pochwy, czemu towarzyszy prawie stale zajęcie sąsiadujących narządów i przerzuty w gruczołach chłonnych.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem nie należy zapominać o wrzodach odleżynowych od krążków, o kile i o gruźlicy. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga sprawę badanie drobnowidowe.

Etyologia pierwotnego raka pochwy jest równie niejasna, jak etyologia raka w ogólności. Niektórzy autorowie przypisują znaczenie czynnika przyczynowego między innemi urazowi, na jaki pochwa wskutek pewnych spraw chorobowych przez dłuższy okres czasu bywa narażona. W ten sposób tłumaczono powstanie raka przy wypadnięciu pochwy (Schmidt, Linke, Zipold Gebhart, Veit, Moraller, Ruge, Franqué, Fromme, Radwańska), i u kobiet, które przez długie lata nosiły krążki (Hegar, Kaltenbach, Winckl, A. Mayer, Schwarz, O. Schmidt, Maly, Wille, Edelberg).

Co do leczenia, to pomijając paliatywnie stosowane środki i zabiegi (zasypki jodoformowe z węglem, przepłukiwania, przyżegania i wyskrobywania), przejdę do omówienia dwóch kierunków leczniczych, mających na celu doszczętne wyleczenie nowotworu. Są niemi od dawna już stosowane leczenie chirurgiczne i od kilku dopiero lat współzawodniczące z niem leczenie przy pomocy energii promiennej.

Do historyi już dzisiaj zaliczyć należy sposób operowania raka pochwy, podany przez Schrödera. Polegał on na tem, że w granicach zdrowych usuwano nowotworowo zmienioną część ściany pochwy. Oczywiście wyniki, uzyskane przy pomocy tej metody operacyjnej, równały się zeru.

W 1895 podał Olshausen nowy, radykalniejszy sposób operowania, polegający na wycięciu całej pochwy, macicy i przydatków od strony krocza. W ogólnych zarysach zabieg ten przedstawia się następująco: Cięciem okrężnem przecina się skórę dookoła sromu, poczem odpreparowuje się pochwę od dołu ku górze, wystrzegając się przy tem pilnie uszkodzenia odbytnicy i cewki moczowej. Następnie otwiera się otrzewnę, przecina po podwiązaniu tkankę okołomaciczną, jak również i więzadła obłe, a macicę wraz z przydatkami i pochwą usuwa się w całości. Zaopatrzenie rany polega na zaszyciu otrzewnej na głucho i wysączkowaniu rany w miednicy małej. Odmiany tej metody podali później Dührssen i Amann.

Od powyżej opisanego różni się zasadniczo rękoczyn, podany w kilka lat później przez Wertheima. Wykonujemy go częściowo od strony powłok brzusznych, częściowo od strony krocza. Cięciem podłużnem, przeprowadzonem w linii środkowej, otwieramy jamę brzuszną i w typowy sposób, tak jak przy raku szyjki macicy, odpreparowujemy macicę wraz z przydatkami i tkanką łączną od otoczenia. Następnie ku dołowi oddzielamy pochwę, starając się dojść jak najniżej. Resztę zabiegu, to jest odpreparowanie dolnego odcinka pochwy od otoczenia, wykonywamy od strony krocza. Zaletą tego sposobu jest możność ewentualnego usunięcia gruczołów chłonnych zmienionych nowotworowo, czego przy zabiegu, wykonanym od strony pochwy, nie można wykonać.

Kelly operował raka pochwy od strony kości krzyżowej, wycinając, celem uprzystępnienia sobie pola operacyjnego, kość ogonową i część kości krzyżowej. Krönig zaś radził w każdym przypadku łączyć powyższy zabieg z wycięciem odbytnicy. Uzasadniał on swoje stanowisko tem, że przy raku pochwy tkanka łączna pomiędzy pochwą a odbytnicą, jak niemniej naczynia chłonne, biegnące od ściany pochwy ku odbytnicy, wykazują już we wczesnych okresach choroby zmiany nowotworowe, które w wielu przypadkach mogą stanowić przeszkodę w doszczętnem usunięciu nowotworu i stać się punktem wyjścia nawrotów. Zalecany przez Kröniga zabieg nie znalazł jednak powszechnego zastosowania. Posługujemy się nim tylko wyjątkowo, i to w tych jedynie przypadkach, w których zajęta naciekiem nowotworowym odbytnica musi być także przy zabiegu usunięta.

Rokować przy raku pochwy, chociażby po najdoszczętniej wykonanym zabiegu, należy bardzo ostrożnie. Nawroty bowiem zdarzają się nadzwyczaj często, i to bez względu na rodzaj zastosowanego rękoczynu tak, że przypadki raka pochwy wyleczonego operacyjnie należą wprost do rzadkości. Przyczynia się do tego z jednej strony bardzo szybki rozrost raka pochwy, z drugiej zaś brak jakichkolwiek objawów podmiotowych w początkowych okresach choroby, wskutek czego chore zwykle zapóźno zasięgają porady lekarskiej. Temu należy też przypisać, że w piśmiennictwie spotyka się tylko nieliczne wzmianki o doszczętnie wyleczonych przypadkach raka pochwy. I tak Wertheim wspomina zaledwie o dwóch wolnych od nawrotu przez przeciąg pięciu lat, Himmelfarb o jednym przez przeciąg trzech lat, Schmittlechner o jednym przez przeciąg jednego roku.

Wobec tak niekorzystnych wyników leczenia chirurgicznego, nic dziwnego, że starano się do leczenia pierwotnego raka pochwy zużytkować i niedawno do lecznictwa wprowadzoną energię promienną. Szczegółowe omawianie techniki naświetlań zaprowadziłoby nas zadaleko. Rzecz ulega jeszcze ciągłym zmianom i udoskonaleniom, a różne kliniki, różną posługując się techniką, modyfikują odpowiednio do swojego doświadczenia i materyału formę, czas trwania, jakoteż i odstępy pomiędzy poszczególnemi naświetlaniami. Zasada jednak pozostaje wszędzie ta sama, a opiera się ona na tem spostrzeżeniu, że promienie radu, mesotoru i Roentgena niszczą ze szczególnem niejako upodobaniem komórki nowotworowe, pozostawiając fizyologiczne tkanki ustroju do pewnego przynajmniej stopnia niezmienionemi. Tak rad, jak i mesotor, stosuje się w postaci soli, które w odpowiednich tak zwanych filtrach, t. j. małych rurkach, sporządzonych z platyny, ołowiu lub złota, wkłada się na pewien czas, zwykle na kilka godzin, do pochwy. Doświadczenie kliniczne przekonało, że początkowy entuzyazm, z jakim przyjęto ten nowy sposób leczenia raka, w późniejszem zastosowaniu częściowe tylko znalazł uzasadnienie. Liczne powikłania, występujące czy to w czasie samego leczenia, czy też w pewien czas już po jego ukończeniu, w postaci martwicy otaczających tkanek i ścian narządów, przetok moczowych, a przedewszystkiem kałowych, zmusiły do udoskonalenia strony technicznej naświetlań, a przypadki spostrzegane przez dłuższy czas po tak zwanem ukończeniu leczenia i dalszy przebieg schorzenia nauczyły krytycznie rozpatrywać wyniki, uzyskane przy pomocy energii promiennej. Przypadków pierwotnego raka pochwy, leczonych przy pomocy energii promiennej, nie znajdujemy wiele w literaturze. Aschheim i Meidner wspominają o jednym przypadku, wyleczonym bez nawrotu przez przeciąg roku, a w klinice Schauty miano sposobność leczyć w ten sposób trzy przypadki z wątpliwym wynikiem. Ocenienie wartości tego leczenia natrafia na znaczne trudności, gdyż opierać się musi na stosunkowo niedużym materyale, przy nieustalonej, zmieniającej się i doskonalącej się jeszcze technice. Nic dziwnego, że i o porównanie skuteczności operacyjnego i zachowawczego leczenia raka pochwy kusić się na razie niepodobna, tembardziej zaś o rozstrzygnięcie, której z tych metod leczniczych oddać należy w odniesieniu do raka pochwy pierwszeństwo.

Wobec jednak niepomyślnego naogół przebiegu leczenia chirurgicznego, stosowanie leczenia przy pomocy energii promiennej w przypadkach raka pochwy zdaje się zasługiwać na polecenie, pomimo, że przy dzisiejszym stanie techniki nie daje ono również pewności zupełnego wyleczenia. W każdym razie stosowanie naświetlań promieniami radu, mesotoru lub Roentgena po ile możności doszczętnem usunięciu nowotworu na drodze operacyjnej uważać należy bezwarunkowo za wskazane.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

przelewanie wnętrzne, autotransfusio.
niejadowity, avirulent.
bezplemniczość, azoospermia.
przechowywacz mikrobów, Bacillenträger.
zakażenie, mikrobica żółci, Bakteriocholie.
niszczenie mikrobów, bakteriolysis.
pęcherz listwowaty, Balkenblase.
szyja odęta, Blähhals.
tworzywo, Blastem.
nowotwórstwo, blastomatosis.
komórki brózdkowania, Blastomeren.
drożdżak, blastomycoma.
pęcherzyk zarodkowy, blastula.
przyciemniacz, Blende.
wyrostek robakowaty, Blinddarmanhang.
rysy popiorunne, Blitzfiguren.
otwór (dolny, górny) klatki piersiowej, Brustapertur.
wapnica, calcinosis.
kamykowy, pochodzenia kamykowego, calculosus.
wydalacz ciągły, Dauerausscheider.
odgłobienie, desinvaginatio.
cukrzyczy, moczówkowy, diabeticus.
cukrzycorodny, diabetogen.
wyodrębliwość, Differenzierbarkeit.
badanie na ciemnem tle, Dunkelfelduntersuchung.
trudnogojny, dysiatisch.
wgoić, einheilen.
jad wnętrzny, wewnątrzkomórkowy, Endotoxin.
odzróżnienie, Entdifferenzierung.
odjelitny, enterogen.
teorya odtruwania, Entgiftungstheorie.
narząd odtruwający, Entgiftungsorgan.
1) nasada (kości), 2) szyszynka, epiphysis.
wyrostek robakowaty, epityphlon.
gorączka zakaźna, febris septica.
gorączka niezakaźna, febris aseptica (wyraz »bezgnilny« wyrzucić). 15.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.
VII. Posiedzenie naukowe d. 8. marca 1918.
(Dokończenie).

W dyskusyi: 1) Kol. Demianowski wspomina o przypadkach choroby Addisona (Recklinghausen, Linser), łączących się ze wzrostem karłowatym. — 2) Kol. Sieradzki zapytuje o genezę zmian barwikowych w chorobie Addisona i o przyczynę ich zanikania. — 3) Kol. Hornowski przypuszcza, że znikanie barwika odbywa się za sprawą białych ciałek krwi. — 4) Kol. Sabatowski wspomina o pracy nieznanego mu z nazwiska prymaryusza z Aten, który zapomocą wstrzykiwania adrenaliny otrzymywał odbarwienie skory przy chorobie Addisona.— 5) Kol. Nowicki wspomina o nielicznych przypadkach, w których wystąpiły objawy choroby Addisona po silnym urazie, głównie w okolicę lędźwiową. W jednym z tych przypadków stwierdzono na sekcyi stary wylew krwawy w nadnerczach i ich okolicy. W nader rzadkich przypadkach spostrzegano również samoistne ustępowanie objawów chorobowych. — 6) Kol. Sołowij, jako analogię, przytacza zabarwienie skóry u ciężarnych i tłumaczy mechanizm. — 7) Kol. Gluziński A. uważa za przyczynę cierpienia w przypadku kol. Renckiego zmianę naczyniową.

II. Kol. Tomaszewski przedstawia rzadki przypadek **dermographia elevata**. Przypadek dotyczy chorego z wybitnemi znamionami wzmożonego napięcia w układzie nerwu błędnego, w połączeniu ze stanem limfatycznym (status lymphaticus i habitus enteroptoticus). Dermografia nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, utrzymuje się około $1^1/_2$ godziny i znika bez pozostawienia po sobie jakichkolwiek śladów. Należy ją uważać za zboczenie miejscowe, polegające na wzmożonej pobudliwości i przepuszczalności naczyń włosowatych skóry, przyczem istnieje prawdopodobnie równocześnie i upośledzenie wessania; wskazuje na to długie utrzymywanie się obrzęku skóry. Dermografia, zdaniem prelegenta, nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, nie jest zwłaszcza wcale typowym objawem neurastenii ani histeryi. W danym przypadku za tło, na którem powstała dermografia, uważać należy wagotonię. (Autoreferat).

W dyskusyi: Kol. Demianowski, odwołując się na swoje badania nad dermografią i zebrane dane z literatury, zaznacza, że dermografia do tej pory przynajmniej ze względu na brak jednolitej, a subtelnej metody badań nie ma znaczenia rozpoznawczego. — Kol. Csala zapytuje o różnicę między pokrzywką porcelanową a dermografią? — W dyskusyi przemawiał nadto kol. Halban.

III. Kol. Rothfeld przedstawił trzy przypadki neurologiczne z oddziału szpitala rezerwowego, nad którymi w dyskusyi przemawiali kol. Mazanek, Halban i Csala.

Zjazd w sprawie wyludnienia kraju
w Warszawie 1—3. XI. 1918.

Jak już donosiliśmy, podzieli się Zjazd na 3 sekcye: I. Sekcya walki z niedomaganiami, spowodowanemi przez obecne warunki wojenne. II. Sekcya walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. III. Sekcya opieki nad matkami i dziećmi oraz walki z ograniczaniem liczby potomstwa.

W sekcyi I ustalono jako tematy obrad: 1) Odżywianie ludności podczas wojny (referaty zgłosili Dr Ruppert, Dr Tarczyński, Liebrach), 2) Gruźlica (Dr S. Rudzki, Dr Szmurło), 3) Choroby zakaźne ostre (Dr Trenkner), 4) Choroby serca, naczyń i nerwów na tle wojny (Dr Ciągliński). — Tematy i zgłoszone referaty w sekcyi II podaliśmy już w Nr. 29. — W sekcyi III tematem obrad będą: 1) Stan obecny opieki nad matkami i dziećmi oraz śmiertelność dzieci na ziemiach polskich, 2) Ochrona macierzyństwa (Dr Pawlikowski, mec. Mannteuffel, inż. Sokal), 3) Opieka nad dziećmi nieślubnemi, sierotami, opuszczonemi i występnemi (Dr Stankiewicz, mec. Cederbaum), 4) Walka z ograniczaniem potomstwa (Dr Gromadzki).

Dalsze zgłoszenia referatów przyjmuje Dr L. Wernic w Warszawie, Al. Jerozolimskie Nr. 66.

(W nadesłanym nam oficyalnym komunikacie Zjazdu niema wzmianki o referentach z poza Warszawy, zaproszonych przez delegatów galicyjskich Zjazdu).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Prezesem Stowarzyszenia lekarzy polskich został wybrany Dr. Władysław Starkiewicz, wiceprezesem Dr. Jakimiak, sekretarzem Dr. Turkiewicz.

Zmarli: Dr. Aleksander Dobrzański, nestor okulistów polskich, b. ordynator szpitali warszawskich i dyrektor Zakładu leczniczego w Busku, w 88 r. ż. w Warszawie; Dr. Stanisław Radziszewski, ordynator szpitala św. Stanisława w 68 r. ż. w Warszawie; Dr. Władysław Olechnowicz, kierownik zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Czerwonym Dworze, w 70 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 38. Kraków, 21. września 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Osz. zec. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.






Grüner Sauerbr
KAISERWALD-BRUNNEN
Mineralquelle in Grün bei Karl
Wyłączna sprzedaż
BRACIA ROLNICCY

Rok LVII. Kraków, 21. września 1918. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

X i XI Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem.

Wstęp.

Przed podaniem do publicznej wiadomości sprawozdania z pięciu ubiegłych lat powinniśmy wyjaśnić, dlaczego nie ukazały się one w odstępach rocznych, jak było przyjęte dawniej. W chwili ukończenia sprawozdania z 1913 r. wybuchła wojna. Wypadki, które nastąpiły, na długi czas uniemożliwiły zajęcie się wydaniem sprawozdania. W 1915—16 r. życie sanatoryalne zaczęło się powoli normować, ale wśród warunków zupełnie odmiennych od dawnych przedwojennych czasów. Inny zgoła kontyngent chorych, znaczna liczba ciężko chorych (leżący w łóżku stanowili nieraz wyżej 50% ogółu) wysuwały na pierwszy plan zadania dnia dzisiejszego, w gorączkowej pracy nie pozwalały na skupienie uwagi dla dokonania bilansu pracy i jej wyników. Z drugiej strony niesłychane trudności gospodarcze, grożące nieraz, zdawało się, koniecznością zamknięcia Zakładu, wymagały częstokroć wytężenia wszystkich sił dla zażegnania niebezpieczeństwa, dla usunięcia piętrzących się przeszkód i utrzymania w równowadze życia sanatoryalnego.

To są w głównych zarysach przyczyny, dla których wydajemy razem z ostatniem przedwojennem — łączne sprawozdanie z czterech lat 1914—1917.

Prawdopodobnie następne sprawozdania będą ogłaszane według dawniej przyjętego zwyczaju w odstępach jednego roku

Część I.

Od dnia 1. stycznia 1913 r. do dnia 31. grudnia 1913 r. włącznie

ułożyli

K. Dłuski dyrektor Zakładu.

M. Rozpędzihowski I asystent.

Wypuszczając w świat niniejsze X sprawozdanie z działalności Sanatoryum w r. 1913, odstępujemy od dotychczas stale i wyłącznie przez nas używanego podziału chorych na 3 okresy według klasyfikacyi Turbana. Za podstawę podziału chorych służyć nam będą dwie klasyfikacye. Podana niedawno przez Sterlinga ma tę zaletę, że opiera się — według trafnie przez tego autora użytego wyrażenia — na dynamice sprawy chorobowej w przeciwieństwie do statycznego traktowania okresów gruźlicy płucnej przez klasyfikacye Turbana i Gerhardta. Nie możemy wchodzić na tem miejscu w bliższe omawianie klasyfikacyi Sterlinga; odsyłamy więc ciekawych do jego oryginalnej pracy[1]).

Za podstawę do zaklasyfikowania chorego czy to podług Turbana, czy Sterlinga, prócz danych fizycznego badania i wywiadów służy nam i nieraz jedynie prawdziwe wnioski wysnuć pozwala badanie promieniami Röntgena, które w naszym zakładzie szeroko stosujemy. Co do innych metod rozpoznawczych wymienić należy w wątpliwych przypadkach gruźlicy początkującej stosowany odczyn Moro, o którego znaczeniu i doświadczeniach z nim zrobionych swego czasu pisaliśmy w osobnej pracy[1]). Nadto szczepienia na świnkach morskich oddają nam nieraz cenne usługi.

Podstawą naszego leczenia sanatoryalnego jest metoda higieniczno-klimatyczna Brehmera-Dettweilera, o której tylokrotnie w poprzednich sprawozdaniach mówiliśmy, że omawiać jej już obecnie nie będziemy. Wspomnimy jedynie, że zgodnie z trafnem orzeczeniem francuzów: »L'estomac est la place forte de phtisiques, et l'alimentation leur grand moyen de défense«, sądzimy, że w dobrej kuchni znajdują się najlepsze środki przeciw gruźlicy, i na tę stronę leczenia — na dobre odżywianie chorego — zwracamy szczególniejszą uwagę. Stanowisko nasze w sprawie stosowania tuberkulin zaznaczyliśmy już wielokrotnie w innych sprawozdaniach. Nadmienić jedynie musimy, że stosujemy tuberkulinę Beranecka i »sensibilisierte Bazillenemulsion« tylko w tych przypadkach, w których zwykłe leczenie klimatyczne nie daje zadowalniających wyników, o ile przytem sprawa w płucach nie jest bardzo posunięta i o ile chorzy tacy nie gorączkują. Stosowanie tuberkuliny wówczas wydaje się nam na miejscu, wynikami jednakże w takich razach bynajmniej zachwyceni nie jesteśmy. Stosowaliśmy tuberkulinę ogółem u 18 chorych. — Inna rzecz z coraz bardziej zyskującą sobie powszechne uznanie odmą sztuczną. Wyniki leczenia tą metodą są nieraz zdumiewające. Niestety zabieg ten da się przeprowadzić u stosunkowo nielicznych tylko chorych. Wskazania pod tym względem wykluczają większą część chorych, u których sprawa gruźlicza obejmuje obydwa płuca i wszystkich tych, w których tak często w gruźlicy płucnej zdarzające się powikłania opłucne doprowadzają do rozległych zrostów. Z tych powodów zabieg ten stosować mogliśmy zaledwie u 12 chorych.

Leczenie gruźlicy, którego zasadą powinno być zdanie Doremberga »mało lekarstw, dużo hygieny«, słusznie sprowadza rolę lekarstw na drugi plan. Mimo to w wielu razach leczenie lekarstwami zupełnie pominąć się nie da, zwłaszcza, gdy chodzi o zwalczanie objawów, towarzyszących gruźlicy, jak suchy, uporczywy kaszel, gorączka, bóle opłucne i t. d. Stosujemy w takich razach powszechnie używane środki jak: kodeinę, dioninę, morfinę, heroinę, pantopon, ze środków przeciwgorączkowych pyramidon, aspirynę, laktofeninę; bańki, opaski, galwanizacye, faradyzacye, miesienie wibracyjne i naświetlanie białem i fioletowem światłem elektrycznem. Wielkie usługi oddaje nam nieraz helioterapia, zwłaszcza w razach powikłań w innych narządach. W jednym przypadku bardzo znacznego powiększenia gruczołów szyjnych stosowaliśmy z powodzeniem leczenie promieniami Röntgena. Ze środków ogólnie działających stosujemy fosfor, żelazo, arszenik. Arszenik przeważnie w postaci wstrzykiwań podskórnych. Chorych, u których stosowaliśmy wstrzykiwanie arszeniku, mamy w obecnem sprawozdaniu 74. Oprócz tego prawie u wszystkich chorych robiliśmy nacierania klatki piersiowej i całego ciała wodą z dodatkiem wyskoku, u lżej chorych zaś z dobrym stanem ogólnym stosowaliśmy krótkotrwałe natryski ze stopniowo obniżającą się ciepłotą wody od 35° do 10° C.

Ogólna liczba chorych, którzy leczyli się w ciągu 1913 r., wynosi 441. Sprawozdanie lekarskie z wyników leczenia obejmuje jednakże tylko 351 chorych, ponieważ reszta 30 chorych nie przebywała w Sanatoryum 30 dni, ten zaś okres czasu uważamy za minimalny dla osiągnięcia wyraźniejszych wyników le-

[1]) Sew. Sterling: Postaci kliniczne suchot płucnych, Warszawa 1913.

[1]) Dłuski i Rudzki: Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro, r. 1913.

czniczych. Z liczby 351 chorych, wchodzących do sprawozdania lekarskiego, po raz pierwszy leczyło się w Sanatoryum 263 chorych, po raz drugi 54, po raz trzeci 15, po raz czwarty 9, po raz piąty 5, po raz szósty 3, po raz siódmy 1, jeden chory zaś leczył się u nas po raz XV, XVI, XVII.

Przechodząc w dalszym ciągu do następnych szczegółów, zawartych w załączonych tablicach, widzimy, że pod względem wieku największy kontyngent stanowią chorzy w wieku od 31 do 40 lat — 90 osób. Stanowią oni razem 63% ogółu chorych. To stale we wszystkich sprawozdaniach naszych powtarzające się zjawisko łącznie z faktem stałej ilościowej przewagi leczących się kobiet nad mężczyznami (w obecnem sprawozdaniu 236 kobiet — 205 mężczyzn) tłumaczy się w sposób dostatecznie jasny zarówno czynnikami etyologicznymi gruźlicy, jak i współczesnymi warunkami socyalnymi.

Obciążenie dziedziczne zapisaliśmy u 199 chorych, czyli u 56·5%. Powtarzając spostrzeżenia lat ubiegłych, stwierdzamy, że obciążenie to zarówno na przebieg choroby, jak i na wyniki lecznicze wyraźniejszego wpływu nie wywiera.

Przechodzimy do omówienia właściwych wyników leczniczych. Ogólna suma wyników dodatnich leczenia, obejmująca zarówno dużą, jak i względną poprawę (terminu »wyleczenie« — z ogólnie znanych i wynikających z charakteru gruźlicy powodów — nie używamy) wynosi 81%. Suma ta jest jedną z niższych między dotychczas w Sanatoryum naszem osiągniętemi. Różnica ta nie jest zbyt znaczna, wynosi zaledwie parę procent i może być do pewnego stopnia przypadkową. Tembardziej jest to możliwe, że pod innymi względami, charakteryzującymi nasz materyał chorych, jak naprzykład pod względem ilości gorączkujących, materyał tegoroczny, jak to dalej zobaczymy, przedstawia się lepiej od materyału zeszłorocznego, gdzie dodatnie wyniki leczenia były o 3·4% lepsze.

Z drugiej strony na niekorzyść tegorocznego naszego materyału chorych z pewnem zastrzeżeniem służyć może fakt, że ilość osob, które przybrały na wadze, jest mniejsza od ilości takich osób z lat poprzednich. W roku sprawozdawczym 73%, w r. 1912 72%, w r. 1911 82·9%.

Przechodząc do dalszych szczegółów, przedewszystkiem zatrzymać się musimy nad rubryką, obejmującą ustępowanie gorączki i znikanie lasecników gruźliczych w plwocinie. Co do

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1913 do 31. grudnia 1913 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni pobytu	Wiek	
							lat	osób
Polacy	361	205 mężczyzn	236 kobiet	Galicya	144	9812	0—10	6
Rosyanie	61			Królestwo	103	7670	11—20	75
Rusini	8			Warszawa	56	3328	21 - 30	158
Niemcy	1			Prow. zabr. Rosya	125	11007	31—40	122
Ormianie	1			Księstwo Poznańskie	11	858	41—50	54
Węgrzy	2			Węgry	2	181	51—60	19
Francuzi	2						>60	7
Czesi	6							
Litwini	2							
Anglicy	1							
Słowacy	1							
Razem	441	441			441	32856*)		441

*) Średnia pobytu jednego chorego 74·5 dni.

TABLICA II.

Wyniki leczenia 351 chorych za czas od 1. stycznia 1913 do 31. grudnia 1913 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy Turban Sterling	Poprawa		Stan bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób																
152 mężczyzn	199 kobiet	0—10	6	o^1	79	przyjechało z gorączką osób 131	utraciło gorączkę osób 48	przyjechało z tbc osób 152	utraciło tbc osób 26	259 przybrało po 8·2 kg. średnio	41 straciło po 2·9 kg. średnio	21 bez zmiany	30 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 31444	średnia na 1 chorego 89·6	S 140 39·9% I. T 149 42·4%	znaczna u 164 osób	względna u 121 osób	u 44 osób	u 17 osób	u 5 osób
		11—20	62	o^2	9																
		21—30	131	o	111																
		31—40	90	bez	152											S 152 43·3% II. T 132 37·6%					
		41—50	40																		
		51—60	16																		
		>60	6													S 59 16·8% III. T 70 20%					
351		351		obciążonych 199 (56·9%)		% utraty gorączki 36·5%		% utraty tbc 17·1%		przybytek u 73·7% ogółu						351	46·7 %	34·5 %	12·5 %	4·9%	1·4%

*) o^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o^2 — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

gorączki widzimy, że z ogólnej liczby 131 chorych, którzy z gorączką do Sanatoryum przybyli, utraciło ją 48, co równa się 36·6%. Zestawiając cyfrę tę z poprzedniemi sprawozdaniami, widzimy, że jest ona jedną z mniejszych, natomiast procent utraty laseczników (17·1%) zajmuje miejsce jedno z wyższych. Cyfry te stwierdzają wielokrotnie już omawiane spostrzeżenia, że w chorobie, z natury swej tak fantastycznej, jak gruźlica, nie można oczekiwać równorzędności pewnych zjawisk, charakteryzujących dodatnie wyniki leczenia. W r. 1906/7 n. p. przy największym prawie procencie utraty gorączki (53·5%) widzimy najmniejszy, jaki w ogóle w Sanatoryum spostrzegliśmy, procent zniknięcia laseczników (9·2%). Pozorne te niezgodności wynikają jeszcze i z tego powodu, że nie wszyscy chorzy gorączkujący wykazują jednocześnie laseczniki w plwocinie i odwrotnie.

Objawem bardziej ilościowo stałym i w pewnych granicach prawidłowo się powtarzającym, są krwioplucia i krwotoki. W wywiadach chorych naszych zapisaliśmy przed przyjazdem do Sanatoryum krwioplucie i krwotoki u 158 osób, t. j. u 45% ogółu chorych, powtórzyły się one w Sanatoryum u 33 chorych t. j. 20·8%, po raz pierwszy wystąpiły u 6 osób, co równa się 1·7% ogólnej liczby chorych. Cyfry te najzupełniej odpowiadają cyfrom 11 lat ubiegłych. Jak w poprzedniem sprawozdaniu zaznaczyliśmy, w ciągu 11 lat sprawozdawczych krwioplucia powtarzają się w Sanatoryum u 14% do maximum 23% chorych, ukazują się poraz pierwszy u 1% do maximum 2·7%. Liczby te aż nadto wymownie świadczą o gołosłowności twierdzenia, jakoby klimat górski usposabiał do krwotoków.

To samo da się powiedzieć o gruźlicy krtani, na którą klimat górski rzekomo ma wywierać wpływ szkodliwy. Statystyki nasze, zarówno lat poprzednich, jak i obecna, przeczą temu twierdzeniu w sposób aż nadto przekonywający. Z 19 chorych (5·4%), u których stwierdziliśmy gruźlicę krtani, 12 chorych miało duże zmiany, z mniej lub więcej rozległemi owrzodzeniami, 7 chorych miało zmiany mniejsze. Z tej ogólnej liczby 19 chorych, 10 doznało dużych polepszeń (52·6%), u 4 stan się nie zmienił, u 5 stwierdziliśmy pogorszenie. Ten duży procent poprawy przemawia sam za siebie aż nadto wymownie.

Mówiąc o powikłaniach, wspomnieć musimy w dalszym rzędzie o schorzeniach innych narządów. Gruźlicę jelit stwierdziliśmy u 11 chorych, z których 3 doznało poprawy — zapewne chwilowej tylko, 6 opuściło Zakład bez zmiany, 1 z pogorszeniem, 1 z zejściem śmiertelnem. Zapalenie nerek o charakterze przewlekłym 4 przypadki, z których 3 pozostało bez zmiany, 1 na tle gruźliczem pogorszył się. Gruźlica gruczołów chłonnych szyjnych bardzo znacznego stopnia (mniejszych w rachubę nie bierzemy) 3, wszystkie przypadki ze znacznem polepszeniem. Gruźlica gruczołów otrzewnych 4, z których 2 polepszenie, 1 bez zmiany, 1 pogorszenie. Przetoki odbytnicy zupełne i niezupełne 4, z których 3 operowane z polepszeniem, 1 nie operowana pozostała bez zmiany. Przewlekłe gruźlicze zapalenie otrzewnej 1 przypadek, zakończony śmiercią w Zakładzie. Ogólna rozsiana gruźlica prosówkowa i zapalenie gruźlicze opon mózgowych 1 przypadek śmiertelny. Gruźlica kręgów 1 przypadek bez zmiany. Gruźlica mostka 1 — operowany bez zmiany. Wrzód gruźliczy błony śluzowej i chrząstek nosowych, rozpoznany histologicznie, operowany z polepszeniem. Zapalenie opłucnej wysiękowe 3 przypadki, z czego 2 opuściło Zakład z polepszeniem, 1 bez zmiany. Wysięk surowiczy opłucny z odmą (seropneumothorax naturalis) 2 przypadki, z których 1 doznał znacznej poprawy, drugi był bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Nowotwory płuc 2 przypadki, obydwa z pogorszeniem. Ropień płuca z przetoką oskrzelową pooperacyjną 1, z pogorszeniem. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego 5 przypadków, z czego 3 operowane, z 2 nieoperowanych 1 z polepszeniem, 1 bez zmiany. Suche przewlekłe zapalenie osierdzia 3 przypadki bez zmiany. Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego 2 przypadki bez zmiany. Wady serca wyrównane 8 przypadków bez zmiany. Ciężka niedokrwistość (anaemia gravis) 1 przypadek bez zmiany. Posokowate zapalenie oskrzeli (bronchitis putrida) 1 przypadek polepszenia. Rak żołądka 1 przypadek, zakończony śmiertelnie po opuszczeniu Zakładu. Kamica żółciowa 2 przypadki z poprawą. Choroba Basedowa 2 przypadki z poprawą. Cukrzyca 2 przypadki z pogorszeniem. — W związku z temi powikłaniami chcielibyśmy jeszcze wspomnieć o charakterystycznych pod względem usadowienia się ogniskach gruźliczych i suchem przelotnem zapaleniu opłucnej, których dokładniejszy opis i znaczenie podawaliśmy w poprzednich sprawozdaniach. Ogniska takie spostrzegaliśmy w przypadkach 15, i to wyłącznie w płucu prawem. Przelotne zapalenia opłucnej (pleuritis sicca volans) ogółem w 47 przypadkach, t. j. w 13·4% wszystkich chorych.

W zakończeniu chcielibyśmy zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół, aczkolwiek znany, na który jednakże nie od rzeczy będzie wskazać, mianowicie na dodatnie wyniki leczenia w poszczególnych okresach. W I. okresie wynoszą one 95%, w II. 80%, w III. 27%. Cyfry te są tak wymowne, że dla każdego lekarza stanowić powinny niejako »memento«, ile od wczesnego rozpoznania i rozpoczęcie leczenia zależy.

Część II.

Od d. 1. stycznia 1914 r. do d. 31. grudnia 1917 włącznie (okres 4 lat)

ułożyli

K. Dłuski dyrektor Zakładu

O. Sokołowski, H. Zawistowski asystenci

Przystępując do podania wyników działalności Zakładu z okresu czterech lat (1914—1917 wł.), zaznaczamy na wstępie, iż dane cyfrowe, dotyczące każdego roku, są zestawione oddzielnie na dwu tablicach według zdawna przyjętego przez nas schematu. Przy rozpatrywaniu oddzielnych zagadnień będziemy przytaczać liczby z poszczególnych tablic, gdy zajdzie potrzeba porównań; te zaś strony życia sanatoryalnego i leczenia, które nie przedstawiają charakterystycznych różnic w ubiegłem czteroleciu, będziemy rozpatrywać wspólnie. Tembardziej słuszne to będzie, że lata wojny wyciskają jednakowe piętno na pewnych objawach działalności Sanatoryum. Unikniemy przez to powtarzania nadmiernej ilości liczb.

Chorych przebywało w Zakładzie przez okres sprawozdawczy 1383. Według poszczególnych lat:

	1914	1915	1916	1917
Mężczyzn	182	84	188	234
Kobiet	176	87	212	220
Razem	358	171	400	454

Wśród tych liczb mamy najmniejszą i największą z dotychczas podawanych w naszych sprawozdaniach. — Pierwsza połowa 1914 roku nie odbiegała frekwencyą od lat poprzednich. Po wybuchu wojny znaczna część chorych wyjechała. W Sanatoryum pozostało zaledwie kilkadziesiąt osób; przedewszystkiem ciężko chorzy, następnie ci, którzy przedostać się do domu nie zdołali. Wobec niepewnego jutra działalność Zakładu zamknęła się w szczupłych ramach, co trwało przez resztę r. 1914 i pierwsze miesiące r. 1915. Odbiło się to na małej liczbie chorych, przebywających w Zakładzie w 1915 r. Nie będzie to zresztą dziwnem, gdy przypomni się warunki, w jakich żyła wówczas ludność Galicyi, część zagarnięta przez inwazyę, część na emigracyi lub w barakach dla wychodźców, reszta kraju tym samym losem zagrożona. Królestwo i kresy z pod dawnego panowania rosyjskiego — całkowicie odcięte od Zakopanego, a dawały one zawsze znaczny odsetek kontyngentu chorych. — Utrudnienia w komunikacyi i przedostaniu się widać na małym stosunkowo napływie chorych z tych dzielnic Polski przez cały okres sprawozdawczy. W roku 1917 Królestwo i kresy dały nam wspólnie 162 chorych, co jest już znacznym postępem. Rok ten cechuje największa ilość chorych przez czas istnienia Zakładu (454). Ks. Poznańskie przedstawione jest jak zwykle skromnie, natomiast nieco liczniej przybyli chorzy z innych krajów Austryi.

Przechodząc do metod leczenia, zaznaczamy, że jak dawniej, tak i obecnie za podstawę leczenia gruźlicy uważamy metodę hygieniczno-dyetetyczną Brehmera-Dettweilera, niczem dotychczas nie zastąpioną, a wypróbowaną przez kilka dziesiątków lat. Jest ona tak powszechnie znana, że nie będziemy zasad jej przytaczać. W miarę sił i możności staramy się z największym pożytkiem stosować ją dla naszych chorych i pomimo ciężkich ogólnych warunków życia, tak psychicznych, jak i ekonomicznych, stwierdzamy stale jej częstokroć wprost odradzający wpływ na naszych chorych.

Sceptyczne nasze stanowisko względem leczenia t. zw. swoistego, zaznaczone niejednokrotnie tak w poprzednich sprawozdaniach, jak i w odrębnych tej sprawie poświęconych pracach, podtrzymujemy w dalszym ciągu tembardziej, że liczby porównawcze przy leczeniu zwykłą metodą i środkami swoistymi bynajmniej na korzyść leczenia swoistego nie przemawiają. To też w ciągu czterech lat stosowaliśmy tuberkulinę (sensibilisierte Bacillenemulsion SBE oraz starą tuberkulinę Kocha) w 8 zaledwie przypadkach, przeważnie bez wyraźnego wpływu, raz z wy-

raźnem pogorszeniem sprawy miejscowej. Zaznaczamy, że w dawkowaniu stosowaliśmy nadzwyczajną ostrożność, wiedząc, jak znacznym wahaniom kwestya ta w teoryi i w praktyce ulegała.

Sprawa leczenia gruźlicy w pewnych jej okresach dawkowanym ruchem fizycznym i pracą, przeszczepiona na kontynent europejski z Anglii, nie ma dotąd u nas większego doświadczenia za sobą. Niektórych, skrupulatnie wybranych chorych zwalniamy z pewnej części godzin, przeznaczonych na leżenie na świeżem powietrzu, zalecając ruch w postaci większych przechadzek. U paru chorych lekka praca dawała dość pomyślne wyniki. Do żadnych konkretnych wniosków jednak nie doszliśmy; sprawa poza okres prób nie wykraczała.

Dość szerokie natomiast zastosowanie ma w naszem Sanatoryum metoda leczenia odmą opłucną sztuczną. Nadaje się do niej, jak wiadomo, tylko pewna kategorya chorych, przeważnie przypadki ciężkie, gdy rozległe zmiany gruźlicze w płucu nie mają skłonności do poprawy, lub przy szybko postępującym rozpadzie. Stosowanie odmy sztucznej w naszym Zakładzie było już i będzie tematem oddzielnej pracy, jaka się wkrótce ukaże, (leczyliśmy nią 85 chorych w ciągu 5 lat). U niektórych chorych nie dała wyników dodatnich, czasem powstrzymywała rozwój sprawy na pewien czas; u pewnej zaś liczby chorych wyniki były poprostu zdumiewające. W ubiegłem czteroleciu stosowaliśmy odmę w 72 przypadkach.

Przy leczeniu odmą sztuczną w szerokim zakresie korzystamy z pomocy promieni Röntgena; również i w zwykłych przypadkach dla celów rozpoznawczych u znacznej większości chorych wykonujemy zdjęcia rentgenograficzne i prześwietlenia.

Promieniami Röntgena leczymy również niektóre przypadki powiększenia gruczołów szyjnych na tle gruźliczem oraz gruczołu tarczowego w chorobie Basedowa z wynikami pomyślnymi.

Dawniej stosowaliśmy w celach leczniczych fioletowe i białe światło elektryczne, czyli promienie cieplne; od 2 lat wprowadziliśmy leczenie promieniami pozafiołkowymi za pomocą lamp kwarcowych. Wyniki były wyraźnie pomyślne przy naświetlaniu gruźlicy stawów, skóry, języka, krtani oraz przy wysiękach otrzewnych. Przy naświetlaniach ogólnych ciała, przeważnie zaś klatki piersiowej, mieliśmy często wyniki dodatnie. Obniżała się u niektórych chorych ciepłota; niejednokrotnie od chwili rozpoczęcia naświetlań datowała się szybka poprawa w płucach. Trudno jednak sprawę leczenia płuc wyodrębnić i uzależnić w prostej linii od naświetlań lampą kwarcową, gdy współdziałają tak potężne czynniki, jak klimat górski, odżywianie i sanatoryalny tryb życia. Z naświetlań tych korzystały w okresie sprawozdawczym 253 osoby.

Helioterapia jak i dawniej oddaje nam duże usługi, szczególnie przy gruźlicy umiejscowionej. Wreszcie za bardzo ważny czynnik leczniczy uważamy, jak i lat poprzednich, codzienne

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1914 do 31. grudnia 1914 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni pobytu	Wiek	
							lat	osób
Polacy	304*)	182 mężczyzn	176 kobiet	Galicya	120	7485	0—10	5
Czesi	1			Królestwo	98	6437	11—20	49
Rosyanie	38			Warszawa	34	2777	21—30	154
Rusini	7			Prow. zabr. Rosya	99	8385	31—40	92
Litwini	4			Księstwo Poznańskie, Śląsk	4	196	41—50	41
Greczynka	1			Inne kraje	3	399	51—60	15
Francuz	1						>60	2
Niemiec	1							
Tatar	1							
Razem	358	358			358	25679**)		358

*) Wyzn. mojżesz. 36. **) Średnia pobytu jednego chorego 71·5 dni.

TABLICA II.

Wyniki leczenia 262 chorych za czas od 1. stycznia 1914 do 31. grudnia 1914 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy Turban Sterling	Poprawa		Stan bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *	osób																
116 mężczyzn	146 kobiet	0—10	5	o¹	54	przyjechało z gorączką osób 159	utraciło gorączkę osób 84	przyjechało z tbc osób 106	utraciło tbc osób 17	193 przybrało po 4·8 kg. średnio	40 straciło po 1·7 kg. średnio	10 bez zmiany	19 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 24030	średnia na 1 chorego 91·7	S 73 27·8% I. T 110 42%	znaczna u 123 osób	względna u 89 osób	u 28 osób	u 13 osób	u 9 osób
		11—20	37	o²	13																
		21—30	107	o	84											S 161 61·4% II. T 82 31·4%					
		31—40	70	bez	111																
		41—50	33													S 28 10·8% III. T 70 26·6%					
		51—60	9																		
		>60	1																		
262		262		obciążonych 151 57·6%		% utraty gorączki 52·8%		% utraty tbc 15%		przybytek u 79·9% ogółu						262	46·9 %	33·9 %	10·8 %	4·9%	3·5%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

nacieranie całego ciała lub klatki piersiowej wodą z dodatkiem wyskoku (o ile to możliwe), oraz u niektórych nielicznych chorych natryski z obniżającą się ciepłotą wody. Zabiegi te w okresie sprawozdawczym stosowaliśmy u 977 chorych.

Główny nacisk jednak kładziemy, jak zawsze, na przebywanie chorego jaknajwięcej na świeżem powietrzu, na wpajanie i przyzwyczajanie do racyonalnego trybu życia, na podawanie odpowiedniego jakościowo i ilościowo posiłku, co, nie taimy, jest obecnie przy powszechnie znanych warunkach życia naszą wielką troską i nasuwa niesłychane nieraz trudności, szczególnie przy konieczności zachowywania dyety w cierpieniach jelit i nerek, które w ostatnich czasach często spotykaliśmy w Sanatoryum.

Na dalszym znacznie planie stoi w naszem przekonaniu leczenie lekarstwami. Stosujemy je przeważnie tylko dla zwalczania różnych dolegliwości, jakie często przy gruźlicy występują, a więc z przeciwkorączkowych pyramidon, aspirynę, laktofeninę, cryogeninę, fenacetynę, dla łagodzenia kaszlu kodeinę, dioninę, hereinę, morfinę, pantopon. W obec znacznej liczby ciężko chorych, jaka w Zakładzie w ubiegłych latach przebywała, częściej wypadało uciekać się do środków sercowych, jak digalen, digipuratum, kofeina, kamfora; stosowaliśmy w paru przypadkach optochinę (z niezbyt wydatnymi wynikami), różne środki moczopędne i t. d. Zewnętrznie w poszczególnych przypadkach wcieranie gwajakolu, mydła szarego; przy miejscowych schorzeniach wstrzykiwanie zawiesiny jodoformowej oraz β-naftolu z kamforą i jodem. W dwu przypadkach wcierania rtęciowe. Do często stosowanych środków należą bańki, opaski lub kompresy, miesienie wibracyjne oraz faradyzacya.

Ze środków ogólnie działających wymienimy sole wapnia, (calcium lacticum, chloratum lub glyconophosphat), przy niedokrwistości żelazo i arszenik, który stosowano drogą wstrzykiwań podskórnych u 406 chorych.

Z chirurgicznych zabiegów, prócz nakłuć przy wysiękach otrzewnych, musieliśmy stosować nakłucia lędźwiowe przy dość licznych zapaleniach opon mózgowych (11). Pomimo systematycznego wypuszczania płynu mózgowordzeniowego, przebieg cierpienia był zawsze śmiertelny. Wreszcie w Zakładzie naszym były wykonane 2 tracheotomie przy ciężkiej gruźlicy krtani i 1 resekcya żebra przy ropnem zapaleniu opłucnej.

Przechodzimy teraz do przejrzenia wyników leczniczych, usystematyzowanych w czterech tablicach N. 2. Do sprawozdania lekarskiego wchodzi 1048 osób, które przebyły w Zakładzie więcej niż 30 dni.

	1914	1915	1916	1917
Mężczyzn	116	45	144	179
Kobiet	146	65	165	188
Razem	262	110	309	367

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1915 do 31. grudnia 1915 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni pobytu	Wiek	
							lat	osób
Polacy	153*)	84 mężczyzn	87 kobiet	Galicya	118	7306	0—10	—
Rosyanie	1			Królestwo	32	3374	11—20	33
Czesi	3			Warszawa	5	947	21—30	76
Rusini	12			Prow. zabr. Rosya	12	2539	31—40	38
Niemcy	2			Ks. Poznańskie, Śląsk	2	143	41—50	12
				Inne kraje	2	136	51—60	11
							>60	1
Razem	171	171			171	14445**)		171

*) Wyzn. mojżesz. 13. **) Średnia pobytu jednego chorego 84·5 dni.

TABLICA II.

Wyniki leczenia 110 chorych za czas od 1. stycznia 1915 do 31. grudnia 1915 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy Turban Sterling	Poprawa		Stan bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób																
45 mężczyzn	65 kobiet	0—10	—	o¹	25	przyjechało z gorączką osób 80	utraciło gorączkę osób 21	przyjechało z tbc osób 63	utraciło tbc osób 2	59 przybrało 3·8 kg. średnio	14 straciło 1·2 kg. średnio	4 bez zmiany	33 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 13273	średnia na 1 chorego 120·7	S 25 22·7% I T 30 27·2%	znaczna u 28 osób	względna u 45 osób	u 18 osób	u 11 osób	u 8 osób
		11—20	28	o²	4																
		21—30	47	o	39																
		31—40	23	bez	42											S 60 54·5% II T 40 36·4%					
		41—50	4																		
		51—60	7													S 25 22·8% III T 40 36·4%					
		>60	1																		
110		110		obciążonych 68 62·4%		% utraty gorączki 26·2%		% utraty tbc 3·2%		przybytek u 54·1% ogółu						110	25·4%	40·9%	16·4%	10%	73%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Przewaga, jak i w dawniejszych sprawozdaniach, po stronie kobiet. Co do wieku niema również różnicy z dotychczas spostrzeganym materyałem. Chorzy od 20 do 40 lat stanowią stosunkowo największą liczbę — 63·3% ogółu chorych. Jest to zjawisko zresztą zupełnie naturalne, nie wymagające wyjaśnienia.

Po raz pierwszy leczyło się z liczby 1048 chorych — 848 osób; po raz drugi 137; po raz trzeci 38; po raz czwarty 11; po raz piąty 4; po raz szósty 2; po raz siódmy 2; po raz dziewiąty, osiemnasty i dziewiętnasty oraz dwudziesty pierwszy po 1 osobie; wreszcie po raz dwudziesty 2 osoby.

Przechodząc do następnej z kolei rubryki, dziedziczności, widzimy, że obciążenie znaleźliśmy w następujących odsetkach chorych: 57·6% 62·4% 59·5% 53·7%.

W sprawozdaniach poprzednich wahał się odsetek dziedzicznie obciążonych pomiędzy 50—60. Nasze więc ostatnie cyfry zgadzają się z poprzedniemi. Dziedziczność zresztą nie odgrywa większej roli w wynikach leczenia.

Następne rubryki, dotyczące utraty gorączki, laseczników i stanu wagi, wkraczają już w dziedzinę właściwych wyników leczenia.

W r. 1914 utraciło na 153 osób przybyłych z gorączką 84 czyli 52·8%
» 1915 » » 80 » » » 21 » 26·2%
» 1916 » » 202 » » » 91 » 45%
» 1918 » » 231 » » » 115 » 48·5%

Gdy porównamy te liczby z danemi z lat poprzednich:

1903	1904	1905	1906/7	1908	1909	1910	1911	1912	1913
41%	48%	31%	53·5%	55·8%	39·2%	34·8%	38·6%	25%	36·6%

widzimy, że stanowią one szereg cyfr wyższych, (pomijając wyjątkowy co do składu chorych rok 1915, który jednak nie jest jeszcze najniższym).

Zestawimy teraz wyniki, tyczące się ciepłoty, z utratą prątków:

W r. 1914 na 106 osób przybyłych z prątk. utraciło je 17 czyli 16%
» 1915 » 63 » » » » » 2 » 3·2%
» 1916 » 174 » » » » » 32 » 18·4%
» 1917 » 183 » » » » » 15 » 8·2%

przy porównaniu analogicznych liczb z lat poprzednich:

1903	1904	1905	1906/7	1908	1909	1910	1911	1912	1913
11%	14%	23%	9·2%	18%	17·8%	13·4%	17·5%	10%	17·1%

widzimy, że poza wyjątkowym rokiem 1915, otrzymaliśmy liczby średnie. Przytem utrata gorączki i prątków nie idą współrzędnie, n. p. w r. 1914 utraciło gorączkę 52·8%, a prątki 16%; w r. 1916 gorączkę utraciło 45%, a prątki 18·4%. Gdy zaś porównamy dwa sąsiednie ostatnie lata, widzimy: w 1916 r. 45% utraty gorączki i 18·4% utraty prątków, w 1917 zaś 48·5% utraty gorączki i 8·2% prątków. Analogiczne zestawienia moglibyśmy przytoczyć również i z lat dawnych. Dowodzą one, jak niewspółmiernie i nietypowo zachodzą zmiany u chorych gruźliczych.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1916 do 31. grudnia 1916 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni pobytu	Wiek	
							lat	osób
Polacy	361*)	188 mężczyzn	212 kobiet	Galicya	298	20770	0—10	3
Czesi	5			Królestwo	71	5622	11—20	76
Rusini	29			Warszawa	14	1837	21—30	169
Francuska	1			Prow. zabr. Rosya	9	1504	31—40	82
Niemcy	3			Ks. Pozn., Śląsk, Prusy Zach.	4	339	41—50	50
Węgier	1			Inne kraje (Węgry, Morawy, Austrya)	4	639	51—60	18
							>60	2
Razem	400	400			400	30711**)		400

*) Wyzn. mojż. 54. **) Średnia pobytu jednego chorego 76·8 dni.

TABLICA II.

Wyniki leczenia 309 chorych za czas od 1. stycznia 1916 do 31. grudnia 1916 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy Turban Sterling	Poprawa		Stan bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób																
144 mężczyzn	165 kobiet	0—10	2	o¹	76	przyjechało z gorączką osób 202	utraciło gorączkę osób 91	przyjechało z tbc osób 174	utraciło tbc osób 32	212 przybrało 5·6 kg. średnio	26 straciło 1·1 kg. średnio	22 bez zmiany	49 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 29225	średnia na 1 chorego 94·6	S 58 18·9% I T 70 22·8%	znaczna u 117 osób	względna u 126 osób	u 21 osób	u 20 osób	u 25 osób
		11—20	53	o²	13																
		21—30	133	o	95																
		31—40	59	bez	125											S 202 65·8% II T 98 31·9%					
		41—50	35																		
		51—60	15																		
		>60	2													S 47 15·3% III T 139 45·3%					
309		309		obciążonych 184 59·5%		% utraty gorączki 45%		% utraty tbc 18·4%		przybytek u 68·6% ogółu						307 (2 nie gruźlicz.)	37·9%	40·8%	6·8%	6·5%	8%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Krwotoki i krwioplucie przed przybyciem do Sanatoryum stwierdziliśmy średnio w okresie 4-letnim u 44·7% chorych (47·7%; 53%; 37·6%; 40·6%) powtórzyły się one średnio u 10·25% (6·8%; 11%; 15·3%; 11·9%); poraz pierwszy zjawiły się u 1·7%. Prócz środków wewnętrznych, zresztą mało, jak wiadomo, skutecznych, wstrzykiwaliśmy przy krwiopluciach 10% rozczyn soli kuchennej dożylnie i sterylizowane mleko śródmięśniowo. Wyniki wydają się pomyślne. Liczby wyżej podane odpowiadają otrzymanym w latach ubiegłych; powtórne krwioplucia wystąpiły u mniejszej stosunkowo liczby chorych; dawniej powtarzały się w 14–23%, poraz pierwszy występowały u 1—2·7%. Liczby te raz jeszcze obalają zakorzeniony przesąd, że wysokogórski klimat wywołuje krwioplucia. Rzecz tę niejednokrotnie podnosiliśmy poprzednio, jak również zbijaliśmy mylne twierdzenie o szkodliwości górskiego klimatu przy gruźlicy krtani. W ubiegłem czteroleciu chorych z gruźlicą krtani (liczymy tylko tych, którzy przebyli więcej, niż 30 dni) mieliśmy 109; z nich poprawa nastąpiła u 52, czyli 47·7%, pogorszenie u 15, stan bez zmiany u 37, zejście śmiertelne u 5. Dodać należy, iż było wiele przypadków ciężkich, przy równie nieraz złym stanie płuc. Gdy dodamy 30 przypadków nieżytu krtani, którego przyroda swoista nie była dowiedziona, lecz można było ją przypuszczać, i gdzie nastąpiła poprawa u 21 chorych, stan bez zmiany pozostał u 9, — procent poprawy znacznie przewyższy 50. Co się tyczy błędnego zapatrywania na rzekomą szkodliwość górskiego klimatu przy krwotokach i gruźlicy krtani, odsyłamy do porównawczych cyfr statystycznych z naszego Sanatoryum i z sanatoryów szwajcarskich[1]). Cyfry te mówią za siebie i powoli zdołają może wykorzenić nieuzasadnione w tych przypadkach uprzedzenia. Zanim przejdziemy do rozpatrzenia ostatecznych wyników leczenia, uwzględnijmy jeszcze przyrost wagi, który znajdujemy u 60% chorych — średnio; przyczem przybytek ten wynosi 4·6 kgr., obliczony na 100 dni przeciętnie. Liczby mniejsze, niż lat poprzednich.

Zgodnie z wyrażonem wyżej zapatrywaniem równolegle z klasyfikacyą Turbana, wiodącą nieraz do mylnych wyników, do rozdźwięku pomiędzy teoryą i kliniką, wprowadziliśmy nowy podział Sterlinga, jako znacznie racyonalniejszy. Jak wspominaliśmy już w toku sprawozdania, materyał w ciągu 4 lat był znacznie gorszy, niż kiedykolwiek dawniej. W drugiej połowie 1914 i pierwszych miesiącach 1915 mieliśmy wysoki odsetek ciężko chorych, którzy właśnie z powodu swego stanu wyjechać po wybuchu wojny nie mogli. Gdy zakończyła się inwazya rosyjska w znacznej części Galicyi i gdy mieszkańcy powróciwszy do domów i zebrawszy środki, mogli pomyśleć o ratowa-

[1]) K. Dłuski: »Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem«. Kraków 1918. (Odbitka z Przegl. lek.).

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1917 do 31. grudnia 1917 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni pobytu	Wiek	
							lat	osób
Polacy	422*)	234 mężczyzn	220 kobiet	Galicya	280	20476	1—10	3
Czesi	8			Królestwo	124	9174	11—20	100
Kroat	1			Warszawa	25	2306	21—30	191
Rusini	13			Rosya, Prow. zabrane	13	1922	31—40	84
Niemcy	8			Ks. Poznańskie, Śląsk	5	309	41—50	57
Węgrzy	2			Inne kraje (Węgry, Morawy, Austrya)	7	1057	51—60	16
							>60	3
Razem	454	454			454	35244**)		454

*) Wyzn. mojżesz. 120. **) Średnia pobytu jednego chorego 77·6 dni.

TABLICA II.

Wyniki leczenia 367 chorych za czas od 1. stycznia 1917 do 31. grudnia 1917 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy Turban Sterling	Poprawa		Stan bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób																
179 mężczyzn	188 kobiet	0—10	3	o¹	98	przyjechało z gorączką osób 231	utraciło gorączkę osób 151	przyjechało z tbc osób 183	utraciło tbc osób 15	167 przybrało 4·3 kg średnio	38 straciło 1·5 kg. średnio	25 bez zmiany	37 nieznana	Ogólna liczba dni leczenia 33790	Średnia na 1 chorego 92·1	S 62 16·9% I T 94 25·6%	znaczna u 140 osób	względna u 167 osób	u 22 osób	u 28 osób	u 10 osób
		11—20	89	o²	12																
		21—30	155	o	87																
		31—40	69	bez	170											S 259 70·6% II T 76 20·7%					
		41—50	39																		
		51—60	10																		
		>60	2													S 46 12·5% III T 197 53·7%					
367		367		obciążonych 197 53·7%		% utraty gorączki 48·7%		% utraty tbc 8·2%		przybyłych u 42·8% ogółu						367	32·2%	45·5%	5·9%	7·7%	2·7%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

waniu chorych członków rodziny, częstokroć sprawa chorobowa była już tak posunięta, że ratunek okazywał się niemożliwym. W r. 1917 poprawiły się nieco stosunki, ale kontyngent ciężko chorych jest dość znaczny, gdyż przy ekonomicznym stanie kraju ostateczność tylko niejednokrotnie zmusza ludzi do leczenia się.

Wracamy do naszych wyników. Używając klasyfikacyi Sterlinga, uwzględniamy w niniejszem sprawozdaniu 3 zasadnicze kategorye chorych: phthisis incipiens, phthisis declarata i phthisis consumptiva. Dalszy podział każdej z tych klas uwzględniamy w naszym materyale sprawozdawczym, nie podajemy go więc na tem miejscu, aby uniknąć przeładowania cyframi.

Poniższa tablica przedstawia odsetek chorych trzech okresów według obu klasyfikacyi, oraz odsetek poprawy (znacznej i względnej razem) w każdym z czterech lat:

Rok	Sterling Phthisis incipiens	Turban Okres I	Sterling Phthisis declarata	Turban Okres II	Sterling Phthisis consumptiva	Turban Okres III	% poprawy
1914	27·8%	— 42%	61·4%	— 31·4%	10·8%	— 26·6%	80·8%
1915	22·7%	— 27·2%	54·5%	— 36·4%	22·8%	— 36·4%	66·3%
1916	18·9%	— 22·8%	65·8%	— 31·9%	15·3%	— 45·3%	78·7%
1917	16·9%	— 25·6%	70·6%	— 20·7%	12·5%	— 53·7%	83·7%

Na pierwszy rzut oka uderza różnica w odsetkach chorych tego samego okresu w podziale według Turbana i Sterlinga. Widoczne jest, że wielkości, które bierzemy za podstawę klasyfikacyi, są często niewspółmierne. Dosadnym przykładem może być II okres w 1917 roku lub III w 1916 i 1917 r. W III okresie wyniki potwierdzają dobitnie większą wartość kliniczną podziału Sterlinga. Wysoki odsetek poprawy (83·7%) jest usprawiedliwiony przez mały (12·5%) odsetek chorych w okresie »phthisis consumptiva«, a przeczy mu pozornie wysoki procent chorych III okresu Turbana (53·7%). W porównaniu z dodatnimi wynikami lat poprzednich, które wynosiły od 80 do 89·7%, wyniki ubiegłego czterolecia prócz roku 1917, są nieco różne. Tłumaczy się to w zupełności materyałem chorych. To samo się odnosi do odsetka śmiertelności, który wynosząc w r. 1914 3·5%, w następnym 7·3%, podnosi się w 1916 do 8%, a spada w ostatnim do 2·7%. Są to najwyższe cyfry, jakie w Sanatoryum otrzymaliśmy (dotychczas dwa razy było maximum 2·9%).

Obraz działalności lekarskiej Sanatoryum nie byłby pełny, gdybyśmy nie przytoczyli szeregu powikłań, związanych zwykle z zasadniczem cierpieniem. Spotykaliśmy więc u naszych chorych: 3 pneumothorax naturalis (2 poprawa, 1 zejście śm.); 1 haemopneumothorax traumaticus (postrzał) poprawa; 24 zapalenie opłucnej surowicze (20 poprawa, 2 bez zmiany, 2 pogorszenie); 3 zapalenie opłucnej ropne (1 pogorszenie, 2 zejście śm.); 5 pneumonia aspirativa po krwotokach (1 poprawa, 1 pogorszenie, 3 zejście śm.); 2 bronchitis putrida (2 poprawy, z których 1 po zastosowaniu odmy sztucznej); 2 pleuropneumonia (poprawa); 1 asthma bronchiale (poprawa); 1 obrzęk płuc (zejście śm.).

16 ciężkich postaci glomerulonephritis i nephrosis (7 poprawa, 4 pogorszenie, 3 bez zmiany, 2 zejście śm.); 45 lżejszych postaci nephritis wraz z białkomoczem przejściowym (20 poprawa, 9 pogorszenie, 15 bez zmiany, 1 zejście śm.); 28 zastawkowe wady serca (10 poprawa, 17 bez zmiany, 1 pogorszenie); 1 endocarditis (uleczone bez zmiany); 8 pericarditis (7 poprawa, 1 bez zmiany); 2 anaemia grav. (poprawa); 5 choroba Basedowa (poprawa); 1 choroba Jacksona; 2 cukrzyca (1 poprawa, 1 bez zmiany); 2 cholitis (bez zmiany); 1 cholelithiasis (poprawa).

8 peritonitis (z tych 7 exsud., 1 adhaesiva sicca); (6 poprawa, 1 pogorszenie, 1 zejście śm.); 2 polyserositis (poprawa); 19 enteritis tuberculosa (10 bez zmiany, 7 pogorszenie, 2 zejście śm.); 20 enteritis zwykła (10 poprawa, 7 bez zmiany, 3 pogorszenie); 3 vagotonia (2 pogorszenia, 1 bez zmiany); 4 appendicitis (2 poprawa, 1 bez zmiany, 1 operacya).

1 tuberculosis miliaris (zejście śm.); 6 meningitis tbc. (zejście śm.); 2 otitis media tbc. (pogorszenie); 1 iritis tbc. (poprawa); 2 keratitis tbc. (1 poprawa, 1 bez zmiany).

23 lymphadenitis colli et fossae axill. (17 poprawa, 5 bez zmiany, 1 pogorszenie); 2 spondyllitis (1 poprawa, 1 bez zmiany); 13 fistula ani (3 poprawa, 9 bez zmiany, 1 pogorszenie); 4 arthritis tbc. (3 poprawa, 1 pogorszenie); 1 coxitis (pogorszenie); 2 tbc. maxillae inferioris (1 poprawa, 1 pogorszenie operacya); 2 tbc. maxillae superioris (1 poprawa, 1 pogorszenie); 1 abscessus tbc. costae (poprawa); 1 gonitis tbc. (bez zmiany); 1 tbc. tibiae (poprawa); 1 tbc. femoris (zejście śm.); 1 tbc. linguae (pogorszenie).

1 carcinoma hepatis et mediastini (zejście śm.); 1 neoplasma laryngis; 1 carcinoma ventriculi; 1 struma colloides; 1 haemophilia (zejście śm.); 5 lues; 3 dementia praecox.

Nie wchodzą tu oczywiście powikłania, spotykane u chorych, którzy przebyli w Zakładzie mniej niż 30 dni; kilka z nich ważniejszych przytoczymy: 5 meningitis tbc; 7 diabetes mellitus; 2 carcinoma pulmonis; 1 scleroma pharyngo-nasale; 1 morbus Hodgkini; 1 actinomycosis.

Jak i w poprzednich sprawozdaniach, i teraz zwracaliśmy uwagę na charakterystyczne umieszczenie ognisk gruźliczych w płucach: od grzebienia do połowy łopatki w prawem i III międzyżebrzu w lewem. Ognisk takich spostrzegaliśmy 40 : 15 w lewem, 25 w prawem płucu.

Suche zapalenie opłucnej »pleuritis sicca volans«, również dokładnie opisane w poprzednich sprawozdaniach, stwierdziliśmy u 86 chorych, czyli u 8·2%.

Kończymy nasze sprawozdanie z czterech lat wojennych — być może u progu lepszych czasów. Gdy miną lata próby, gdy rozjaśni się horyzont naszego życia, wówczas, patrząc wstecz na przebytą drogę, znajdziemy może zadowolenie w przeświadczeniu, żeśmy zdołali na posterunku, jakim jest nasze Sanatoryum, w miarę sił pełnić bez przerwy swą służbę społeczną.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Wydział Związku lekarzy rządowych galicyjskich złożył zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Władysława Czyżewicza, swego długoletniego prezesa, 100 K na wdowy i sieroty po lekarzach. Dr Jan Opieński, inspektor sanitarny, złożył na ten sam cel 10 K zamiast wieńca dla ś. p. inspektora sanitarnego, Dra Leona Tyszkowskiego.

Kraków. Druk nowego podręcznika medycyny sądowej prof. Dra Leona Wachholza został ukończony.

— Na cele wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego« złożyli w dalszym ciągu dary: Dr Tadeusz Pisarski z Krakowa, Dr Tadeusz Wiczyński ze Lwowa.

— Poczta okupacyjna niemiecka zwraca od pewnego czasu »Przegląd lekarski« z dopiskiem »Drucksachen in polnischer Sprache unzulässig«.

Warszawa. Jako organ Polskiego Towarzystwa walki z nierządem i chorobami wenerycznemi wychodzi od sierpnia czasopismo p. t. »Zagadnienia rasy z punktu widzenia zdrowia społecznego« pod redakcyą Dra Wernica i Dra Wesołowskiego.

— Dr Józef Jaworski został powołany na jeneralnego sekretarza Ministerstwa zdrowia, Dr M. Jakowski do Rady lekarskiej, Dr Sterling-Okuniewski na stanowisko referenta walki z chorobami zakaźnemi w temże Ministerswie.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus wmurowano z inicyatywy lekarzy a kosztem wszystkich pracowników szpitala tablicę pamiątkową ks. Beaudouina.

Z różnych stron. Centralny Komitet zwalczania gruźlicy w Austryi (Wiedeń IX. Sensengasse 5) wydał sprawozdanie ze stanu walki z gruźlicą w całem państwie.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 10.213.

KONKURS.

Magisrat miasta Dąbrowy Górniczej (Królestwo Polskie, ziemia Piotrkowska) ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza szpitala miejskiego z płacą miesięczną 640 koron, płatną od dnia 1. października r. b. Podania, zaopatrzone w metrykę urodzenia, wykazującą wiek nie wyższy od lat 40-tu i dyplom lekarski, uprawniający do praktyki w kraju, nadsyłać należy do Magistratu m. Dąbrowy do dnia 1. października r. b. 252

Magistrat m. Dąbrowy.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 39. Kraków, 28. września 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęc. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 28. września 1918 Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Kilka uwag w sprawie przyczyn i mechanizmu powstawania przetok maciczno-pochwowych

(fistulae cervico-vaginales laqueaticae)

podał

Dr Tadeusz Wiczyński (Lwów).

Przetoki maciczno-pochwowe należą do schorzeń wogóle rzadkich, a pochodzenie ich nie zawsze jest jasne. O ile bowiem przetoki te, spotykane jako powikłania po ciężkich i długotrwałych porodach, dadzą się wytłumaczyć jako następstwo zgorzeli od ucisku części miękkich kanału rodnego między główką płodu a twardym kanałem kostnym, — o tyle znów spostrzegane po poronieniach, i to prawie wyłącznie u pierwiastek, nie znalazły dotychczas jednolitego wyjaśnienia. Powstawanie ich było tylko kilka razy bezpośrednio spostrzegane, a jak to widzimy w przypadkach do tej pory ogłoszonych, częściej powstawały one niepostrzeżenie i dopiero później były przez rozmaitych autorów stwierdzone i opisane. Tem się tłumaczy fakt, że co do pochodzenia przetok maciczno-pochwowych spotykamy w piśmiennictwie rozmaite przypuszczenia. Do rozmaitości, a czasem sprzeczności różnych poglądów przyczynia się jeszcze i ten fakt, że brak w piśmiennictwie zestawienia wszystkich ogłoszonych do tej pory przypadków i wyciągnięcia wniosków na tle tego zestawienia.

W ostatnich czasach miałem sposobność bezpośrednio spostrzegać powstawanie takiej przetoki; uwagi, jakie nasuwa ten przypadek, usprawiedliwiają tak podanie tego przypadku, jak i zestawienie pokrótce innych przypadków, do tej pory ogłoszonych.

Przypadek sam przedstawia się następująco:

N. N. lat 28, zamężna od 5 lat, żona kupca. Po raz pierwszy badałem chorą w sierpniu 1915 r.; w wywiadach podała wówczas następujące szczegóły: W dzieciństwie ani później cięższych chorób nie przebywała. Pierwsza regularność w 16 r. życia — następne co 2—3—4 mies., skąpe, bardzo bolesne, szczególnie przed pojawieniem się krwi i w pierwszym dniu krwawienia; trwały zwykle dwa dni. Ustaliły się dopiero mniej więcej od zamążpójścia, i to niezupełnie; występowały bowiem z opóźnieniami czasem kilkudniowemi, zawsze były bolesne, skąpe, trwały również dwa dni, rzadziej trzy dni. Chora żali się na te właśnie dolegliwości przy regularnościach, głównie jednak sprowadza ją do lekarza podejrzenie, czy nie jest w ciąży; ostatnia bowiem regularność, której chora spodziewała się przed trzema tygodniami, nie pojawiła się do tej pory.

Przy badaniu przedmiotowem nie stwierdziłem żadnych objawów ciąży. Stwierdziłem natomiast u kobiety, dość prawidłowo zbudowanej i miernie odżywionej, stan narządów kobiecych następujący: Sutki, srom i pochwa prawidłowe; część pochwowa macicy długa, z ujściem zewnętrznem bardzo drobnem, zwróconem ku spojeniu łonowemu; ciało macicy w stosunku do szyi mniejsze, niż w warunkach prawidłowych, w bardzo silnem przodozgięciu; stosunek długości obu tych części w miejsce stosunku 2:1 wynosił mniej więcej 3:2. Przydatki macicy bez zmian.

Rozpoznanie: Hypoplasia uteri minoris gradus. Anteflexio uteri pathologica congenita. Stenosis orificii externi uteri. Dysmenorrhoea. Sterilitas.

Ponieważ na zabieg operacyjny (krwawe rozszerzenie ujścia zewnętrznego) chora się nie godziła, — przepisałem na razie odpowiednie leczenie objawowe.

W styczniu 1916 r. zgłosiła się chora po raz drugi, podając, że ostatnią regularność miała z początkiem listopada 1915 r. Od tygodnia czuje się osłabioną, ma nudności, kilka razy miała wymioty. Stwierdziłem wówczas początkową ciążę, o czem chorą pouczyłem. Dnia 14. marca 1916 r. wezwany zostałem do chorej nagle wieczorem. Dowiedziałem się, że chora od kilku dni odczuwała bole dołem brzucha i w krzyżach, przyczem pokazało się krwawienie z części rodnych; bole wzmogły się od poprzedniego wieczora, od południa zaś, bardzo gwałtowne, z małemi przerwami trwają do obecnej chwili; krwawienie od początku skąpe, od 2 godzin obfite.

Przy badaniu stwierdziłem w dole jamy brzusznej guz, wychodzący z miednicy małej, własnościami i wielkością odpowiadający macicy ciężarnej około czteromiesięcznej, chwilami silnie jędrniejący. Badanie wewnętrzne wykazało: Srom pierwiastki, krwią świeżą powalany. Tuż za wejściem do pochwy czuć główkę płodu, dalej barki, objęte ścianami szyjki. Przy dokładniejszem badaniu można było stwierdzić, że brzegi szyjki macicy, okalające płód, nie stanowią prawidłowego, rozszerzonego ujścia zewnętrznego, lecz, że są one brzegami nieprawidłowego otworu w tylnej ścianie szyjki macicznej, przednią bowiem jej wargę wraz z resztą tylnej można było stwierdzić od przodu, jako guzek, stanowiący część pochwową utrzymaną jeszcze na długość $1^1/_2$ do 2 cm., z drobnem ujściem zewnętrznem na szczycie. W tylnem sklepieniu czuć miękkie masy, odpowiadające skrzepom krwi, sięgające w górę aż pod zatokę Douglasa. Badanie we wziernikach łyżkowych potwierdziło poprzedni wynik badania. Stan ogólny chorej nie był w danej chwili niepokojący, krwawienia świeżego nie było, tętno 96, ciepłota 37·3, bole miernie nasilone.

Rozpoznanie zatem co do przedarcia tylnej ściany części pochwowej wśród poronienia około czteromiesięcznego było pewne. Wobec braku jakichkolwiek wskazań do czynnego wkraczania postanowiłem zachować się wyczekująco, by istniejącego już przedarcia nie powiększać.

Gdy w godzinę potem po kilku silniejszych bolach nastąpiło obfitsze krwawienie, wprowadziłem do pochwy dwa palce ręki prawej i uchwyciwszy nimi płód za szyję, starałem się ostrożnie bez pokonywania oporu wytoczyć płód na zewnątrz, przyczem w znacznej mierze pomocne mi było uciskanie dna macicy ręką lewą od zewnątrz. Zaraz po urodzeniu się płodu wysunęły się ze szpary sromowej obficie ciemne skrzepy krwi. Wobec znaczniejszego krwawienia usiłowałem wygnieść łożysko sposobem Credégo, a gdy to do celu nie doprowadziło, musiałem ręcznie wydobyć łożysko, co wykonałem pod kontrolą wzroku w ten sposób, że nastawiłem we wziernikach łyżkowych otwór, powstały wskutek przedarcia, poczem uchwyciwszy razem przednią i tylną wargę części pochwowej szczypczykami Doyena, wprowadziłem przez otwór swobodnie dwa palce ręki prawej, a obniżając równocześnie macicę uciskiem od góry, wyjąłem łożysko, leżące tuż ponad wysokością ujścia wewnętrznego macicy. Przy tej sposobności stwierdziłem, że przedarcie nastąpiło prawie na samej granicy części pochwowej i tylnego sklepienia pochwy. Wobec utrzymującego się krwawienia skontrolowałem jamę macicy tępą łyżeczką położniczą, przyczem usunąłem resztki jaja płodowego; następnie wprowadziłem do macicy i pochwy luźno setony z gazy kseroformowej, raczej dla ułatwienia odpływu odchodów, niż dla tamponady, której wobec przedarcia uni-

kałem, jak wogóle wszelkich ruchów w kierunku macicy, tem więcej, że po opróżnieniu macicy krwawienie ustało. Dodać muszę, że o natychmiastowem zeszyciu rany i równoczesnem rozszerzeniu krwawem ujścia zewnętrznego mowy być nie mogło, a to ze względu na postrzępione brzegi rany i na ich cienkość, szyjka bowiem w tem miejscu była bardzo rozdęta. Nie mogąc zaś setonu do macicy wprowadzić przez zamknięte ujście zewnętrzne, musiałem to wykonać przez otwór nieprawidłowy, setonowanie bowiem jamy macicy uważałem za wskazane, widoki zgojenia natomiast samoistnego brzegów rany, tak postrzępionych i ścieńczałych, wogóle były bardzo małe.

Aczkolwiek stan chorej bezpośrednio po zabiegu był zupełnie zadowalający, to jednak trudno było określić rokowanie wobec braku odpowiedzi, czy przedarcie nastąpiło samorodnie, czy też było sztucznie wywołane. W tym więc kierunku wypytywałem dalej otoczenie, tem dokładniej, że i dla wyświetlenia samego przypadku pod względem teoretycznym pytanie to było niezwykle interesujące. Po długiem opornem zachowaniu się otoczenia, dowiedziałem się wreszcie szczegółów, które w pierwszej chwili narzucały myśl o przedarciu sztucznem, rozpatrywane jednak dokładnie, podejrzenie to prawie usunęły. Chora bowiem podała, że aczkolwiek zawsze bardzo pragnęła potomstwa (w tym celu miała nawet zamiar poddać się proponowanemu jej zabiegowi operacyjnemu) — to jednak obecnie, gdy mąż jej został powołany do wojska, w obawie o los swój i dziecka, chciała się ciąży tej pozbyć. Gdy doradzane jej gorące kąpiele, przestrzykiwania i skoki z wysokich okien, powtarzane kilkakrotnie, nie odnosiły pożądanego skutku, usiłowała wywołać poronienie narzędziem i do tego celu użyła kościanej nasadki do pióra do pisania, którą wprowadziła dwukrotnie sama do pochwy. Okazany mi przyrząd ten miał $5^1/_2$ do 6 cm. długości, 3—4 mm. grubości, na końcach tępy, gładko, okrągło toczony. Na zapytanie, czy wprowadzała go silnie, t. zn. czy pokonywała jaki opór, odpowiedziała chora przecząco. Wynik po tej manipulacyi był przez kilka dni następnych ujemny; żadnych bolów, żadnego krwawienia, ani też plam, nawet różowych, chora nie zauważyła. Wobec tego po upływie tygodnia powróciła do kąpieli, przestrzykiwań i skoków i wreszcie po kilkudniowem ich stosowaniu doczekała się pierwszych bolów w krzyżach, z którymi jednak jeszcze chodziła. Od ukazania się pierwszego krwawienia pozostała w łóżku i dopiero piątego dnia od tej chwili znaczniejszy krwotok z części rodnych zaniepokoił ją i zmusił do wezwania lekarza.

Z całego tego opisu — chora zdawała się mówić rozsądnie i prawdę — widzimy, że narzędzie nie spełniło tu właściwie nadanego mu zadania, gdyż najpierw było za krótkie, trzymane bowiem trzema palcami mogło sięgać najwyżej na 2—3 cm. w głąb pochwy, powtóre było za tępe, a wreszcie za twierdzeniem tem przemawia i ten fakt, że przez tydzień cały po użyciu tego narzędzia nie było śladu pożądanego skutku. Pierwsze objawy poronienia wystąpiły dopiero po dalszem kilkudniowem stosowaniu gorących kąpieli, przestrzykiwań i skoków, przedarcie zaś części pochwowej nastąpiło samorodnie. Na drugi dzień po zabiegu usunąłem seton z pochwy, po dwu dalszych dniach seton z macicy, przyczem stwierdziłem, że otwór po przedarciu zmniejszył się do obwodu końca palca.

Dalszy przebieg połogu, z wyjątkiem stanu podgorączkowego i lekko cuchnących odchodów, prawidłowy. Miejscowa rana w części pochwowej goiła się przez ziarnienie, ósmego dnia od poronienia była jeszcze otoczona zgorzelinowymi strzępami, które po zastosowaniu nizkich przeciwgnilnych przestrzykiwań oddzieliły się. Po oczyszczeniu się rany usiłowałem uzyskać zabliźnienie się przez pobudzenie do bujania ziarniny w myśl przyjętych ogólnie zasad. Gdy po 6 tygodniach leczenie to do celu nie doprowadziło, pozostała, jako następstwo po nieprawidłowo przebiegającem poronieniu, przetoka maciczno-pochwowa (fistula cervicovaginalis laqueatica posterior). Na proponowany zabieg operacyjny chora nie zgodziła się.

Od tego czasu miałem sposobność badać chorą kilka razy, ostatni raz przed kilku miesiącami, przyczem stwierdziłem stan, jaki poprzednio zawsze znajdowałem, a mianowicie: Część pochwowa długa z ujściem drobnem, zwrócona ku spojeniu łonowemu, trzon macicy w silnem patologicznem przodozgięciu, w świetle wziernika ujście zewnętrzne drobniutkie, na tylnej ścianie części pochwowej otwór o średnicy około $^1/_2$ cm., przez który zgłębnik drąży do szyjki macicy; wydzielina z macicy, a w okresie miesiączkowym krew wydostaje się do pochwy przez przetokę.

Jak już wspomniałem, przetoki tego rodzaju należą do chorób bardzo rzadkich; przeglądając pismiennictwo znalazłem zaledwie 20 przypadków. W przeważnej ich liczbie przyczyna powstania tych przetok nie została wyjaśnioną; rozpatrując te przypadki oddzielnie lub porównując je z kilku innymi, dochodzą autorowie w tej sprawie do rozmaitych wniosków. Gdy się jednak wszystkie te przypadki razem zestawi, to w znacznej większości uderza przecież pewna wspólność cech, podanych przez rozmaitych autorów niezależnie od siebie.

I tak Fr. Neugebauer opisał przypadek, dotyczący pierwiastki 27-letniej, u której stwierdził przetokę w tylnej ścianie części pochwowej po poronieniu w 4. miesiącu, wywołanem sztucznie przez lekarza; część pochwowa była bardzo długa, z ujściem zewnętrznem drobniutkiem, przepuszczającem zaledwie cieniutką sondę chirurgiczną. Zgojenie dopiero po drugiem zeszyciu.

W przypadku Krakowa taka sama przetoka powstała u pierwiastki 22-letniej przy poronieniu samoistnem w 3. miesiącu ciąży. Autor ten stwierdza również długą część pochwową z drobnem ujściem zewnętrznem, ciało macicy silnie ku przodowi przegięte. Mimo 3-krotnego zabiegu operacyjnego przetoka nie zrosła się. Chora później zastąpiła i donosiła ciążę; podczas porodu przy równoczesnem rozszerzaniu się ujścia zewnętrznego, rozszerzała się i przetoka, tak, że powstał między niemi mostek, biegnący przez szczyt główki płodu; mostek stanowił przeszkodę porodową, którą autor usunął przez przecięcie.

W podobnym przypadku Jaquet stwierdził taką samą przetokę po przedwczesnym porodzie u pierwiastki 22-letniej; w czasie następnego porodu autor przeciął mostek na początku porodu, by uniknąć przeszkody porodowej.

Nordman podał przypadek, dotyczący pierwiastki 32-letniej, która przebyła 2 poronienia w późnych miesiącach; stwierdziwszy u chorej przetokę w tylnej ścianie części pochwowej, autor ten badał dokładnie przyczynę jej powstania. Wykluczywszy badaniem drobnowidowem kiłę, raka, gruźlicę, dochodzi do przekonania, że przetokę należy odnieść do przedarcia części pochwowej wśród poronienia wskutek jej niepodatności.

Taki sam przypadek spostrzegał Pierring w klinice Schauty. Oporność ujścia zewnętrznego lub całego kanału szyjki macicy u pierwiastek jest wspólną cechą przypadków, podanych przez Olshausena i Steffecka.

W przypadku Wormsera, dotyczącym pierwiastki 26-letniej, w czasie poronienia w 5. miesiącu ciąży, po trzech dniach silnych bolów część pochwowa była jeszcze utrzymana, szyjka macicy niedrożna, górny odcinek części pochwowej znacznie rozdęty w kierunku ku tylnemu sklepieniu. W krótki czas potem po jednym silnym bolu nagle nastąpił poród płodu i zaraz potem łożyska. Po odbytym połogu stwierdził Wormser przetokę maciczno-pochwową tylną. W pracy swej przytacza ten autor podobny przypadek, podany przez Williamsona jeszcze w r. 1845, u pierwiatki po przedwczesnym odpływie wód płodowych; szyjka macicy wskutek niepodatności ujścia zewnętrznego była bardzo rozdęta, a ściany jej bardzo ścieńczałe; przy ujściu na 2 palce rozwartem, nagle podczas bolu porodowego wypadła nóżka przez ścianę szyjki do pochwy; w przerwie między bolami odprowadzenie części wypadniętej, poczem po rozszerzeniu sztucznem ujścia zewnętrznego poród przebiegał prawidłowo; w następstwie przetoka maciczno-pochwowa w miejscu przedarcia.

Dirmoser opisał przetokę maciczno-pochwową tylną u osoby 33-letniej, która przebyła poronienie w 4. i 5. miesiącu ciąży; starając się zabliźnić przetokę, rozszerzał Dirmoser równocześnie drobne ujście zewnętrzne, mimo to, gdy chora następnie przedwcześnie rodziła (w 8 mies.), rozszerzyła się przetoka łatwiej, niż ujście zewnętrzne.

Odmienny nieco od wszystkich był przypadek, podany przez Weissa u pierwiastki 30-letniej, podczas poronienia w 5. miesiącu ciąży. Przy ujściu na 2 palce rozwartem, jednak niepodatnem, powstało przedarcie na przedniej ścianie części pochwowej, przez które rodził się płód, a potem ręcznie wydobyto łożysko; przy tym to zabiegu Weiss stwierdził włókniak śródścienny w tylnej ścianie części pochwowej. I tu w opisie przypadku podkreśla Weiss nadzwyczajną odporność, niepodatność części pochwowej u starszej pierwiastki.

Przypadek Ostrcila dotyczył pierwiastki 24-letniej; w 5. miesiącu ciąży poronienie z niewiadomych przyczyn (sztuczne wykluczone). W 50 godzin po odpływie wód płodowych sterczy do pochwy rozdęta część pochwowa — ujście zewnętrzne dołkowate, twarde, niepodatne; wśród przygotowań do rozszerzenia szyi nagle po silnym bolu poród płodu i łożyska, jak się później okazało, przez przedartą tylną ścianę części pochwowej w miejscu jej przejścia w tylne sklepienie. W następstwie przetoka maciczno-pochwowa tylna.

Z dwu przypadków, pochodzących z kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej, ogłoszonych przez Breitera w r. 1903, pierwszy dotyczył przetoki tylnej, powstałej przy poronieniu 3-miesięcznem u pierwiastki 24-letniej, u której stwierdzono wrodzone nadmierne przodozgięcie macicy bardzo znacznego stopnia (uterus cucurbitaceus). W przypadku drugim pochodzenie przetoki jest zupełnie jasne, jest ona tylko powikłaniem przetoki pęcherzowo-pochwowej, równocześnie powstałej przy bardzo ciężkim porodzie i jest, jak ona, następstwem zgorzeli od ucisku między główką płodu a twardym kanałem kostnym; właściwie więc nie należy do rzędu omawianych przetok.

Wreszcie w r. 1914 Bubliczenko z Petersburga ogłosił 4 przypadki prawie analogiczne z większością powyżej zestawionych: wszystkie dotyczą starszych pierwiastek, roniących w 4—5. miesiącu ciąży, u których autor stwierdził silne przodozgięcie macicy, szczególną, uderzającą długość części pochwowej i wybitną jej twardość, jakoteż niepodatność szyjki całej, względnie okolicy ujścia zewnętrznego macicy; w następstwie powstałego przy poronieniu przedarcia tylnej ściany części pochwowej powstały przetoki, dla których Bubliczenko proponuje w miejsce podanej przez Neugebauera nazwy: fistulae cervivo-vaginales laqueaticae — nazwę: fistulae cervico-vaginales post abortum praeternaturalem.

Jak już z tego krótkiego opisu powyższych przypadków widzimy, towarzyszą im pewne wspólne cechy. Aby je lepiej unaocznić, pomieszczam je razem z pozostałymi poniżej na tabelce:

Liczba	Autor	lat	pierwiastka	wieloródka	poronienie	poród	Przetoka przednia	Przetoka tylna	Szczegóły ważne dla oceny	Zeszycie	Ciąże następne
1	Neugebauer	27	1		4 m.			1	Stenosis orificii externi uteri	zgojenie po 2 zeszyciu	Ciąża i poronienie w 5 m. przez przetokę
2	Jaquet*)	22	1		7 m.			1	Stenosis orificii ext. ut. Rigiditas		
3	Steffeck*)	?	1		5 m.			1	Stenosis orificii ext. ut. Rigiditas		
4	Krakow*)	22	1		3 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext.	3 razy szyte bezskutecznie	Ciąża i poród przecięcie mostka
5	Pierring*)	?	1		6 m.			1	Ridigitas portionis vaginalis		
6	Rubinstein	26	1		5 m.			1	Stenosis orif. ext. ut.		
7	Nordman	32	1		6—7 m.			1	Rigiditas port. vag.	2 razy szyte bezskutecznie	
8	Wormser	26	1		5 m.			1	Rigiditas colli uteri	j. w.	
9	Williamsohn **)	19	1			1		1	Rigiditas orif. ext. ut.		
10	Dirmoser	33	1 (?)		5—4 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext. ut.		Ciąża i poród przez przetokę
11	Weiss	30	1		5 m.		1		Ridigitas port. vag. Fibroma labii post. port. vagin.	zgojenie	
12	Ostrcil **)	24	1		5 m.			1	Stenosis orif. ext. ut. Ridigitas		
13	Olshausen	?	1		5 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext. Rigiditas	zeszyto	
14	Breiter	26	1		3 m.			1	Uterus cucurbitaceus		
15	Breiter	40		1		1		1	Ucisk przy porodzie		
16	Bubliczenko	30	1		4 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext. ut.		
17	j. w.	30	1		5 m.			1	j. w.		
18	j. w.	30	1		4 m.			1	j. w.		
19	j. w.	30	1		5 m.			1	j. w.		
20	Własny	28	1		4 m.			1	Antefl. ut. path. Stenosis orif. ext. ut.		

*) Przypadki 2—5 przytoczone przez Neugebauera, 9 i 12 przez Wormsera.

W powyższem zestawieniu zwracają uwagę głównie następujące szczegóły:

1) Prawie wszystkie przypadki dotyczą pierwiastek, i to dość często starszych; w jednym tylko przypadku była na pewno wieloródka (Breiter), w dwu zaś jest to niepewne, stwierdzono bowiem przetokę w obu po 2 poronieniach, niewiadomo zatem, do którego poronienia należy ją odnieść (Nordman, Dirmoser).

2) Z wyjątkiem dwu przypadków, w których przetoki datują się od porodu, wszystkie inne należy odnieść do poronień, i to przeważnie w 4—5. miesiącu ciąży.

3) Z wyjątkiem jednej przetoki, powstałej na przedniej ścianie części pochwowej, wszystkie inne dotyczą tylnej jej ściany.

4) Prawie we wszystkich przypadkach, bo w 19 na ogólną liczbę 20, stwierdzono pewne nieprawidłowe zachowanie się macicy całej lub tylko części pochwowej, i to tak w stanie nieciężarnym, jak też podczas poronienia, względnie porodu. Z tych 19 w jednym przypadku prócz powyższej cechy jest mowa o włókniaku tylnej ściany pochwowej, w trzech zaś mogłoby pozornie w grę wchodzić narzędzie.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala miejskiego św. Anny w Dąbrowie Górniczej.

Uwięźnienie przepukliny udowej, powikłane przedziurawieniem jelita przez połkniętą kość i zgorzelą tegoż. Zejście śmiertelne.

Opisał

Dr Tomasz Kożuchowski

lekarz naczelny szpitala.

Dnia 7. VIII. 1907 r. o godzinie 9 wieczorem zostałem wezwany do chorej G. J., lat 65, z powodu bólów w jamie brzusznej i wymiotów.

Wywiady: 5. VIII. rano chora uczuła silne bóle brzucha; określa je jako rznięcia, szczególniej w prawym dole biodrowym. Bóle te występowały często; tegoż dnia miała chora jeszcze wypróżnienie. Noc bezsenna, bóle; w prawej pachwinie zauważyła chora guz, który jej dokuczał. Dnia 6. VIII. wystąpiły wymioty, które następnie przeszły w kałowe, wiatry nie odchodziły, bóle występowały często. Następna noc bezsenna. Dnia 7. VIII. wymioty kałowe, czkawka, silne pragnienie, chora skarży się na silne osłabienie. Chorej parokrotnie dawano na przeczyszczenie, lecz leki również wymiotowała. Chora nie umie podać, od ilu lat miała guz w pachwinie prawej; jakoby już bardzo dawno, ale dolegliwości żadnych nie sprawiał.

Stan obecny: Chora budowy wątłej, wychudzona, skóra pomarszczona, bardzo wiotka. Skóra twarzy ziemista; oczy zapadłe, nos wydłużony, język suchawy, z ust zapach kałowy. Przytomność utrzymana, stan bezgorączkowy, tętno 128, słabo napięte, ledwo namacalne; tony serca głuche. Powłoki brzuszne wiotkie, mięśnie prawie zanikłe. Brzuch mało wzdęty i bardzo mało bolesny. W pachwinie prawej pod więzadłem Pouparta dość elastyczny guz wielkości jaja kurzego, skóra nad nim przesuwalna, niezmieniona; przy dotykaniu chora żywo oddziaływa. Ze względu na objawy uwięźnienia jelita, które już trwały prawie 3 doby, nie probowałem odprowadzenia, tembardziej, iż przed paroma godzinami były w tym kierunku czynione próby. Oświadczyłem rodzinie, iż należy dokonać operacyi, lecz wynik, ze względu na bardzo ciężki stan ogólny chorej, zapewne będzie ujemny. W dwie godziny później w znieczuleniu miejscowem wykonałem operacyę. Przeciąłem skórę równolegle do więzadła Pouparta; tuż pod tkanką podskórną nóż natrafił na ciało twarde, ostre, dość długie, sięgające dość głęboko. Po oddzieleniu przylegających tkanek wyjąłem z worka przepuklinowego kleszczykami chirurgicznemi kość płaską, długości 2·5 cm.; środek i drugi koniec szerokości paru milimetrów o brzegach ostrych. Chora na zapytanie, czy jakiej kości nie połknęła, odpowiedziała przecząco; dopiero na zapytanie, kiedy jadła mięso, oświadczyła, że 4. VIII. jadła gęsinę i z powodu braku zębów połykała większe kawałki. Pomimo rozszerzenia rany nie mogłem uwolnić pętli jelit; ponieważ należało postępować bardzo ostrożnie ze względu na zgorzelinowe zmiany w pętli, rozszerzyłem jeszcze ranę ku górze i z łatwością wydobyłem z wrót przepuklinowych jelito cienkie, które uległo zgorzeli na przestrzeni 12 ctm. i w dwóch miejscach było przedziurawione; otwory te przebiegały w stosunku do siebie skośnie. Ze względu na ogólny zły stan nie dokonywałem resekcyi, lecz pozostawiłem pętlę jelita na zewnątrz, zwęziwszy ranę kilkoma szwami. Pomimo kamfory podskórnie tętno się nie poprawiło i chora w 8 godzin po operacyi zmarła.

Był to więc przypadek przepukliny udowej, gdzie w zaciśniętej pętli jelita cienkiego znajdowała się kość, połknięta na dzień przed wystąpieniem uwięźnienia przepukliny. Interesujący jest w tym przypadku związek przyczynowy pomiędzy obecnością kości w jelicie i wystąpieniem uwięźnienia jelita. Przepuklina istniała dłuższy czas (»bardzo dawno«) bez zaburzeń. Przypuszczam, że ostra, dość wielka (2·5 ctm.) kość, przechodząc przez jelito, znajdujące się w stanie wolnym w worku przepuklinowym, wywołała pierwotne jego uszkodzenie. W następstwie uszkodzenia ściany jelita przez kość wytworzyły się zmiany zapalne również i w sąsiedztwie jelita, znajdującego się w worku przepuklinowym, a więc w samym worku i jego wrotach, co mogło być powodem uwięźnienia jelita z następową zgorzelą. Przyjmując taką możliwość, należałoby uważać ciało obce w jelicie (w danym przypadku kość) za jeden z czynników przyczynowych wystąpienia uwięźnienia przepukliny. Możliwem jest jednak również całkiem przypadkowe jednoczesne wystąpienie uwięźnienia przepukliny z obecnością w niej kości. To powikłanie jednak w każdym razie spowodowało uszkodzenie jelita, co niezaprzeczenie pogorszyło miejscowe warunki w zakresie przepukliny. Przypadek ten opisuję z tego względu, iż w szeregu podręczników chirurgii, ani w pismach lekarskich, dostępnych mi w danej chwili, podobnego nie znalazłem. Chora ewentualnie mogłaby być uratowana, gdyby operacya dokonana została w dniu, kiedy wystąpiły objawy uwięźnienia. Wiek, chociaż podeszły, nie odgrywałby roli, gdyż sam n. p. operowałem uwięzłą przepuklinę udową u 80-letniej staruszki, która w 8 dni po operacyi opuściła szpital wyleczona.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Miejski urząd zdrowia prosi za naszem pośrednictwem wszystkich kolegów krakowskich o donoszenie o przypadkach t. zw. grypy hiszpańskiej; chociaż niema obowiązku zgłaszania tej choroby, jednakże leży w interesie ludności i lekarzy stwierdzenie rozmiarów epidemii, jej nasileń i osłabnięcia. Również prosi Urząd zdrowia o nakłanianie chorych, by przysyłali śluz z gardła, ślinę i t. d. do badania bakteryologicznego, które miejski zakład bakteryologiczny wykona bezpłatnie.

Lwów. Komitet sanitarnej odbudowy kraju odbył 27. IX posiedzenie wspólne z Centralą odbudowy kraju.

— Lekarze z Rzeszowa i okolicy uczcili 24. VIII. uroczystym obchodem 50-lecie doktoratu Dr Adama Zagórskiego. Jako uczestnik walki o wolność musiał Dr Zagórski po r. 1863 opuścić kraj i szereg lat pracować na obczyźnie w Bazylei, gdzie, ukończywszy studya, był asystentem kliniki chirurgicznej, a następnie okulistycznej. Osiadłszy potem w Rzeszowie, wieloletnią pracą zdobył sobie cześć i miłość mieszkańców tego miasta i najszerszych kół koleżeńskich. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłała Czcigodnemu Jubilatowi w dniu obchodu serdeczne życzenia.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 40. Kraków, 5. października 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 5. października 1918. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie przyczyn i mechanizmu powstawania przetok maciczno-pochwowych

(fistulae cervico-vaginales laqueaticae)

podał

Dr Tadeusz Wiczyński (Lwów).

(Dokończenie).

Nasuwa się pytanie, w jakim stosunku zboczenia te, wymienione pod 4), pozostają do poronień i ich przebiegu. Określając je w tabelce pewną nazwą, użyłem w jednych przypadkach wprost nazwy, podanej przez autora, w innych, gdzie tej nazwy autor wprost nie podał, wynika ona z opisu przypadku. Otóż widzimy, że we wszystkich 19 przypadkach na ogólną liczbę 20, a zatem w 95% przypadków, zmiany te dotyczą zboczeń w zachowaniu się macicy, i to tak pod względem anatomicznym, jakoteż fizyologicznym. Chodzi mianowicie o patologiczne nachylenie trzonu macicy do części pochwowej, o zwężenie i nadmierną oporność ujścia zewnętrznego względnie całej szyjki macicy. Wiemy, że taki stan macicy jest wyrazem pewnego niedokształtu, niedostatecznego rozwoju. Słowo to w pewnych tylko przypadkach jest dosłownem tłumaczeniem stanu narządów płciowych, tam mianowicie, gdzie chodzi o słabszy ich rozwój (niejako pod względem ilościowym); w wielu natomiast przypadkach jest to słowo tylko wyrazem pewnych zaburzeń w budowie anatomicznej danego narządu. Co do macicy zaburzenia te wyrażają się w zmianie proporcyi długości trzonu i szyjki, w nieprawidłowym kącie nachylenia ich do siebie, a dalej w zmianach kanału szyjki macicy, względnie zwężeniu samego tylko ujścia zewnętrznego. Zaburzenia te mogą być jednym z objawów ogólnego niedokształtu, mogą zaś, wedle podziału Antona, być wyrazem niedokształtu tylko częściowego o pewnym typie, polegającym na niedokształceniu narządów płciowych. Rzecz naturalna, że w jednym i drugim wypadku zaburzeniom tym towarzyszyć mogą, choć nie muszą, również zaburzenia w drugorzędnych cechach płciowych. Szczegółów tych brak nam w naszej sprawie, nie są one jednak konieczne do pojęcia niedokształtu, gdyż, jak wspomniałem, nie zawsze występują, sama natomiast powyżej wymieniona budowa macicy świadczy o pewnem niedokształceniu; przebieg zaś tych przypadków dziwnie odpowiada temu typowi kobiet, określonemu przez W. A. Freunda w następujących słowach: »Zastąpienie jest często opóźnione, stąd często starsze pierwiastki tu należą. Ciąża kończy się zwykle poronieniem, gdyż trzon macicy swemi słabo rozwiniętemi ścianami nie może objąć rosnącego jaja płodowego. Poronienie przeciąga się wskutek trudnego wyprostowania się szyjki macicy, ku przodowi znacznie przegiętej....«. Gdy się do tego doda niepodatność całej szyjki, lub choćby tylko samego ujścia zewnętrznego, to staje się jasnem, że w tych warunkach mogą wystąpić powikłania w postaci przedarć, a w następstwie przetok.

W odniesieniu zatem do sprawy, niniejszem omawianej, powyższe słowa mogłyby może stanowić podstawę dla rozwiązania pytań tak co do przyczyn, jak i co do mechanizmu powstawania przetok maciczno-pochwowych. Przedtem jednak nasuwa się pytanie, dlaczego kobiety te wogóle ronią? Otóż odpowiedź na to pytanie jest trudna i nie może być bezwzględnie ścisła już choćby dlatego, że brak do tej pory cyfr, wskazujących, w jakim odsetku kobiety, okazujące wyżej opisane niedokształcenie narządów płciowych, względnie samej tylko macicy, wogóle zastępują, a z tych, jaki odsetek przypadnie na poronienia, jaki zaś na ciążę donoszoną. Gdy się jednak uwzględni, że np. w naszem zestawieniu na 20 przypadków w 17 poronienie nastąpiło z niewiadomych przyczyn (samorodnie), to mimowoli nasuwa się na myśl pytanie, czy między poronieniem w tych przypadkach, a ich stosunkami anatomicznymi nie zachodzi pewien związek przyczynowy. Tem zrozumialsze jest to pytanie wobec faktu, że w uderzającej większości przypadków poronienie nastąpiło w 4. lub 5. miesiącu ciąży, rzadziej później, a jeszcze rzadziej, bo tylko w dwu przypadkach, w 3. miesiącu ciąży. Wiemy bowiem, że mniej więcej od 4. miesiąca ciąży jaje płodowe rośnie szybciej, niż jama macicy; w tym też mniej więcej okresie ciąży zaczyna się wytwarzać t. zw. dolny odcinek macicy, którego zadaniem ma być niejako pomieszczenie rosnącego szybciej jaja płodowego. Nie tu miejsce na rozpatrywanie, w jaki sposób i z której części macicy ten dolny odcinek macicy powstaje. Akta tej sprawy do dziś dnia nie są jeszcze zamknięte i dotychczas toczy się jeszcze spór między zwolennikami zapatrywania, że jest to wytwór górnej części szyjki macicy, a wyznawcami zasady, że część ta stanowi dla siebie odrębną, trzecią niejako część macicy, zwaną cieśnią (isthmus), nie należącą ani do szyjki ani do trzonu i że dolny odcinek z tej właśnie trzeciej części macicy powstaje. Dla niniejszej pracy ma tylko znaczenie fakt, że jakkolwiekbądź tę część nazwiemy, daje się ona odnaleźć także na macicy nieciężarnej, i to nawet wyraźniej u pierwiastek, jako odcinek pośredni, długości $4^1/_2$ do 5 mm., znajdujący się poniżej anatomicznego ujścia wewnętrznego macicy, wykazujący pewne odmienne cechy w porównaniu z trzonem i szyjką, i że właśnie na tę część przypada zazwyczaj kąt między osią trzonu i szyjki, o ile kąt ten jest wogóle wyraźnie zaznaczony, jak się to spotyka przy patologicznem nadmiernem przodozgięciu macicy. Do wytworzenia się z tej tak małej części macicy nieciężarnej, narządu, mającego tak wielkie w ciąży znaczenie, jak dolny odcinek macicy, przyczynia się niewątpliwie sam wzrost macicy w ciąży, by jednak szyjka w tem miejscu się rozdęła, wydaje się koniecznem, by na to zużyta została pewna siła mięśnia macicy, a w późniejszych miesiącach i pewien napór ze strony rosnącego jaja płodowego. Otóż w warunkach prawidłowych, gdy kąt między osią ciała a osią szyjki macicy jest rozwarty, wytworzenie się tego t. zw. dolnego odcinka macicy nie napotyka na trudności, gdy jednak kąt ten jest prosty lub ostry, co jest istotą t. zw. patologicznego przodozgięcia macicy, tam wytworzenie się dolnego odcinka z natury rzeczy musi być trudne.

Gdy się do tego dołączy towarzysząca zwykle temu stanowi nadmierna oporność części pochwowej, to zrozumiemy, że w tych warunkach mięsień macicy, a w drugiej połowie ciąży i nacisk ze strony rosnącego jaja płodowego mają do pokonania znaczny opór, by naprzód ten kąt ostry wyprostować, a potem rozszerzyć górną część szyjki, zwykle w tych warunkach nadmiernie twardą. By opór ten pokonać, musi mięsień macicy wykonać silne skurcze, te zaś mogą wywołać częściowe odklejenie się łożyska, a w następstwie poronienie.

Te same stosunki mogłyby także wytłumaczyć i nieprawidłowy przebieg poronień, zaś co do naszych przypadków przyczynę i mechanizm powstawania przetok maciczno-pochwowych.

Przedewszystkiem poronienie przeciąga się znacznie, jak to wynika z opisów prawie wszystkich przypadków. Macica, chcąc wydalić jaje płodowe, wykonuje silne skurcze; gdyby siłą

tych skurczów mogła wystarczająco odciąć ku tyłowi ciało macicy zbyt silnie przegięte ku przodowi i szyjkę macicy rozszerzyć, to kierunek działania tych skurczów wypadłby na oś szyjki i poronienie w dalszym ciągu mogłoby przebiegać prawidłowo. Gdy jednak w danym wypadku mięsień macicy, a więc i jego skurcze są do wykonania takiej pracy za słabe, to kąt między linią działania bolów porodowych, a więc osią trzonu macicy, a linią oporu, a więc osią części pochwowej, nie wyrównuje się, a siła tych bolów wyklucza jaje płodowe w kierunku wypadkowej między pracą a oporem, która przejdzie przez tylną ścianę okolicy ujścia wewnętrznego, poniżej tegoż, a nie przez jego środek. Wskutek tego ujście to nie rozwiera się prawidłowo, lecz tylna jego ściana cieńczeje bardziej, niż przednia; łatwo zrozumieć, że przy dalszej pracy mięśnia macicy i dalszem trwaniu oporu tylna ściana szyjki, cieńczejąc coraz bardziej, może wreszcie naporu nie wytrzymać i pęknąć; miejsce pęknięcia wypadnie na szczycie sklepienia tylnego, tam też prawie wyłącznie spostrzegano przedarcia, a w następstwie przetoki.

Na podstawie powyższego wnioskowania sądzę, że już samymi stosunkami anatomicznymi wrodzonymi, a więc wrodzoną indywidualną konstytucyą narządów płciowych kobiecych można w znacznej większości przypadków wytłumaczyć i przyczynę i mechanizm powstawania przetok maciczno-pochwowych samoistnych.

Powyższe tłumaczenie mogłoby się odnosić do 19, z ogólnej liczby 20 przypadków. W tej liczbie 19 pomieszczam i przypadki Neugebauera, Rubinsteina i Weissa, i przypadek przezemnie podany. Pierwszy i drugi dlatego, że aczkolwiek tamci autorowie wspominają o narzędziu zbrodniczem, jako o przyczynie poronienia, to jednak o nieprawidłowym przebiegu tegoż mogły stanowić podkreślone przez nich zboczenia anatomiczne (nadzwyczaj drobne, punktowate ujście zewnętrzne, przez które najcieńszą sondę trudno było do szyjki wprowadzić). Podobnie i w przypadku Weissa odnosi autor przedarcie nie do włókniaka w tylnej ścianie części pochwowej, lecz do jej nadzwyczajnej oporności. W moim zaś przypadku, aczkolwiek na pierwszy rzut oka zdawało się, że narzędzie stanowiło przyczynę i poronienia i przetoki, to jednak już wywiady same, dokładniej zebrane, a dalej cechy samego narzędzia (krótkość, tępość), pora i sposób użycia go, wreszcie bezskuteczność użycia każą na przypadek ten inaczej się zapatrywać: gorące kąpiele i przestrzykiwania, skoki z wysokich miejsc mogły wywołać poronienie, lecz nieprawidłowy przebieg tegoż, przedarcie, a więc przetoka, spowodowane były raczej nieprawidłowem zachowaniem się macicy, powyżej opisanem. Nie odnosi się zaś to tłumaczenie tylko do jednego z przypadków Breitera, w którym przyczyna przetoki jest jasna, jak również mechanizm jej powstania (zgorzel od ucisku części miękkich między główką a twardym kanałem kostnym miednicy).

Z następstw, jakie przetoki tego rodzaju wywołują, wyliczają autorowie głównie nieżyt szyjki macicy, a w razie zastąpienia powikłanie ciąży poronieniem, odbywającem się najczęściej przez przetokę, łatwiej się rozszerzającą, niż niepodatna szyjka macicy, w razie zaś donoszenia ciąży powikłanie porodu mostkiem, powstającym między rozwierającemi się równocześnie: przetoką i ujściem zewnętrznem macicy, a stanowiącym przeszkodę porodową, którą usuwano przez przecięcie.

Następstwa te, aczkolwiek nie należą do zbyt ciężkich, nie są, jak widzimy, bez znaczenia, dlatego też autorowie starali się przetoki te leczyć. Leczenie zachowawcze, o ile przetoka nie była zbyt wielka, zmierzało do zbliżenia i zabliźnienia brzegów przez pobudzenie tkanki ziarninowej do żywszego bujania, a więc lapisowanie, tuszowanie i t. p. Gdzie zaś to leczenie zawiodło, lub przetoka już pierwotnie była zbyt wielka, tam udawano się do zabiegów operacyjnych. I jedno i drugie leczenie natrafiało na trudności wskutek ciągłego odpływu wydzieliny z macicy przez przetokę; zabiegi zaś operacyjne oprócz tej przyczyny, jeszcze i z powodu zbyt silnego napięcia tkanek niezawsze, nawet kilkakrotnie powtarzane, wiodły do celu. Dlatego przy leczeniu zachowawczem starano się równocześnie rozszerzać stopniowo ujście zewnętrzne, względnie szyjkę macicy; podobnie w przypadku Breitera uzyskano zgojenie w ten sposób, że przecięto podłużnie wargę tylną części pochwowej wzdłuż całej jej długości i następowo zeszyto ją od góry, przez co z jednej strony zmniejszono napięcie tkanek, z drugiej zaś rozszerzono ujście zewnętrzne macicy na drodze krwawej, a to znów ułatwiło odpływ wydzieliny z macicy nie przez przetokę, lecz przez ujście zewnętrzne. Gdzie zaś w tęn sposób nie postępowano, tam często dopiero drugi zabieg operacyjny wiódł do celu; w przypadkach zaś Nordmana i Krakowa nie uzyskano zrośnięcia się brzegów przetoki nawet mimo dwukrotnego i trzykrotnego zabiegu operacyjnego.

Piśmiennictwo. 1) Breiter: Przegląd lek. 1903, Nr. 46. — 2) Bubliczenko: Zentralbl. f. Gyn. 1914, Nr. 28. ref. — 3) Dirmoser: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. — 4) W. A. Freund u. R. v. d. Velden: Anatomisch begründete Konstitutions-Anomalien (Mohr-Staehelin-Handb. d. inn. Med. 1912, IV). — 5) Kraków: Medycyna 1897, str. 465. — 6) F. Neugebauer: Zentralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 31. — 7) F. Neugebauer: Archiv. f. Gyn. XXXIII—XXXV. — 8) Nordman: Archiv. f. Gyn. XXXIX. str. 39. — 9) Ostrcil: Zentralbl. f. Gyn. 1903, Nr. 6. — 10) Weiss: Zentralbl. f. Gyn. 1903, Nr. 6. — 11) Wormser: Zentralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 48. — 12) Winckel: Handb. d. Geburtsh. II. Tom, III. część, str. 2210.

Epidemia influenzy czyli t. z. choroby hiszpańskiej w Krakowie.

Napisał

Doc. Dr Tomasz Janiszewski.

Mniej więcej od połowy września szerzy się silnie w Krakowie epidemia influenzy czyli t. z. hiszpańskiej choroby. Choroba ta przychodzi do nas z Zachodu, a nasilenie epidemii w ostatnich dniach przybiera, jak wszędzie, gdzie się ta choroba zjawia, wielkie rozmiary. Charakterystycznem dla tej choroby jest właśnie nadzwyczajnie szybkie szerzenie się jej, tak że w krótkim czasie ogarnia ona prawie cały materyał palny, t. j. wszystkich, którzy w danej chwili nie są odporni przeciwko niej.

Choroba zaczyna się zazwyczaj nagle, dreszczami, wysoką gorączką, dochodzącą nawet do 40 stopni, bardzo silnem ogólnem osłabieniem, często występują bóle głowy i lekkie zajęcie górnych dróg oddechowych, któremu towarzyszy chrypka lub suchy kaszel. Bardzo często bywa zaczerwienienie gardła (tylna ściana), migdałki zwykle nie są zajęte. Bóle w krzyżach i kończynach nie należą do rzadkich objawów. Zdarzają się też krwawienia, nawet krwotoki z nosa, tchawicy, oskrzeli lub płuc. Tętno bywa czasem zwolnione, a to zwolnienie utrzymuje się zazwyczaj jeszcze kilka dni po ustąpieniu gorączki. Po 2—4 dniach gorączka ustępuje, poczem następuje zdrowienie, chory jednak jeszcze przez dłuższy czas czuje się osłabiony. O ile nie ma powikłań, choroba kończy się zazwyczaj pomyślnie. Rzadko stosunkowo zdarzają się powikłania, z których najczęstsze i najgroźniejsze są zapalenie płuc i opłucnej. Te powikłania wywołane są zakażeniem wtórnem. Śmiertelność w tej epidemii wynosiła w innych miastach 0.5—1%, bywa zatem nieznaczna, a przyczyną jej są prawie wyłącznie powikłania, zapalenia płuc i opłucnej. Źródłem zakażenia jest chory człowiek. Zarazki przenoszą się prawdopodobnie wraz z kropeleczkami plwociny, które wydziela chory przy mówieniu, kaszlu i kichaniu. Kropeleczki te unoszą się przez pewien czas w najbliższem otoczeniu chorego, mogą wraz z powietrzem być wdychiwane przez osoby, znajdujące się w blizkości i zarażać je.

Ścisłych danych, tyczących się ilości zachorowań na influenzę w Krakowie, dotąd nie posiadamy. Natomiast mamy zupełnie dokładny wykaz przyczyn śmierci. Otóż w tygodniu od 21—28. IX zmarło na influenzę 21 osób, do tych doliczyć należy jeszcze część przypadków śmierci wskutek zapalenia płuc, których było 28. Z tych 28 przypadków śmierci przynajmniej 20 należy położyć na karb grypy, czyli, że w ostatnim tygodniu pochłonęła ona około 41 ofiar. Z relacyi kolegów lekarzy okręgowych oraz z innych źródeł przyjąć można, że obecnie już ogromny procent ludności zachorował na tę chorobę. Liczba zatem 41 zmarłych, bezsprzecznie bardzo wysoka, przedstawi się nam dopiero we właściwem świetle, gdy uwzględnimy kolosalną ilość zachorowań. Sądzę jednak, że i u nas w Krakowie śmiertelność nie przekroczy znacznie 1%.

Influenza w większości przypadków przebiega pomyślnie i bez szczególnego leczenia. Przy wybuchu choroby trzeba się położyć zaraz do łóżka, można zażyć trochę aspiryny, chininy lub salipiryny w celu zmniejszenia dolegliwości i przeleżeć w łóżku aż do zupełnego ustąpienia gorączki, po wstaniu nie należy zaraz wracać do zwykłych zajęć, szczególniej należy unikać przeziębień i wdychiwania kurzu. Powikłania występują często 4. lub 5. dnia od początku choroby. Najważniejszą zatem przestrogą w razie zachorowania jest nieopuszczanie zbyt wczesne

łóżka i unikanie szczególniej w tym czasie wszelkich szkodliwych wpływów (kurz, przeziębienie). Podczas choroby należy szczególniej zwracać uwagę na higienę mieszkania i higienę ciała. (przewietrzanie pokoju chorego, nie zamiatanie na sucho pokoju, utrzymywanie należytej czystości). Z higieny osobistej zwróciłbym uwagę tak podczas choroby, jak i przez cały czas trwania epidemii, na należyte utrzymywanie jamy ustnej, więc czyszczenie zębów dwa razy dziennie, przepłukiwanie ust i gardła wodą z dodatkiem jakiego płynu odkażającego lub czystą wodą. Być może, że zachowując te przepisy, unikniemy nie jednego powikłania i zakażenia wtórnego.

Sądząc ze śmiertelności, ciężkie przypadki zdarzają się najczęściej u osób od 15. do 30. roku życia. Wydaje się zatem, jakoby osoby starsze, które przeżyły epidemię influenzy w latach 1889/91, zachorowywały obecnie rzadziej lub lżej.

Odosobnienia chorych nie przeprowadza się z dwóch względów, raz że praktycznie byłoby ono z powodu wielkiej ilości przypadków niewykonalne, a powtóre, wrażliwość na tę chorobę jest tak wielka, a okres jej wylęgania się tak krótki, że odosobnienie chorego byłoby bezcelowe. Odosobnienie byłoby wskazane jedynie w razie zupełnie złych warunków mieszkaniowych i zupełnego braku wszelkiej opieki domowej. Odkażenie mieszkania i rzeczy chorego okazało się również zbyteczne. Zarazek influenzy jest mało odporny, szybko ginie poza ustrojem ludzkim. Wystarczy zwykłe wymycie i oczyszczenie mieszkania. Ozdrowieńcy po influenzy również bardzo prędko stają się nieszkodliwi dla otoczenia.

Samo tylko zamykanie wszystkich szkół bez innych daleko idących ograniczeń jest zdaniem mojem zupełnie bezcelowe, a z wielu względów nawet szkodliwe. Wobec znacznego szerzenia się influenzy w mieście, dzieci poza szkołą mają jeszcze więcej sposobności zarażenia się tą chorobą. Być może, że okaże się w pewnych wypadkach potrzeba zamknięcia oddzielnych klas. W razie zjawienia się większej liczby zachorowań w klasie wystarczy zwykłe wymycie izby szkolnej i ławek po ukończonej nauce.

Jeżeli ze względu na obraz kliniczny choroby i przebieg obecnej epidemii zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy tu zwykłą epidemię influenzy, że »hiszpańska choroba« jest influenzą, podobną do tej, jaka grasowała w Europie w latach 1889/91, to inaczej się rzecz przedstawia, gdy chodzi o sprawę etyologii. Czy choroba obecnie wywołana jest zarazkiem influenzy, odkrytym przez Pfeiffera w 1892 roku, jak utrzymują Uhlenhuth, Pfeiffer, Dietrich, Schürmann, Gottschlich, Falco, Bergmann, którzy znajdowali prątki Pfeifferowskie w wydzielinach chorych, a powikłania zdarzające się czasem w tej chorobie wywołane są ich zdaniem zakażeniem wtórnem dwoinkami zapalenia płuc, paciorkowcami lub gronkowcami, czy też chorobę tę wywołuje jakiś nowy rodzaj diplostreptokoka (Bernhardt), czy też w końcu mamy tu do czynienia z jakimś drobnoustrojem, który przechodzi przez zwykłe filtry bakteryjne (Kruse, Solter, Hirschbruch), tego dotychczas rozstrzygnąć nie można. Wspomnieć należy, że Mandelbaum, Kolle, Friedmann, Coca, Zapata, Lümpe, nie znaleźli prątków Pfeifferowskich w wydzielinach chorych w obecnej epidemii. W przypadku, badanym w naszej pracowni bakteryologicznej miejskiej, nie znalazł Prof. R. Nitsch również prątków Pfeifferowskich.

Sprzeczności, z jakiemi się spotykamy u badaczów, pochodzą z trudności, jakie się nastręczają przy badaniu. Prątek influenzy jest dosyć grymaśny co do pożywek, na jakich się rozwija, jest bardzo wrażliwy na wpływy zewnętrzne, trudno go zatem wyhodować poza ustrojem ludzkim, nie ma zwierząt, któreby ulegały tej chorobie i na których możnaby przeprowadzać doświadczenia. Próby przeprowadzane na małpach nie dały wyraźnego wyniku. Na ludziach próby są niedopuszczalne. Znane są jedynie próby, które przeprowadził na sobie Prof. Solter i p. Frida Rhen. Wdychiwali oni rozpylone wydzieliny chorych na influenzę po poprzedniem przesączeniu tych wydzielin przez sączki, bakteryi nieprzepuszczające. Oboje lekko zachorowali. Te próby przemawiały za tem, że mamy tu do czynienia z tak małym zarazkiem, iż uchyla się on przed naszymi dotychczasowymi środkami badania.

Uderza też pewne podobieństwo obrazu sekcyjnego przy influenzy i przy t. z. zarazie płucnej koni. W ostatnich czasach zaczęto też stosować w Szwajcaryi w ciężkich przypadkach influenzy, powikłanych zapaleniem płuc, wstrzykiwania neosalwarsanu, który i przy końskiej zarazie płucnej daje dobre wyniki.

Zanim przystąpię do sformułowania wniosków, co należy robić wobec obecnej epidemii, muszę jeszcze pokrótce odpowiedzieć na pytanie, podnoszone w prasie, czy brud i nieporządki, panujące po domach i na ulicach miasta, trudność dostania mydła, częsty brak wody, wygłodzenie ludności, stoją w związku z pojawieniem lub szerzeniem się obecnej epidemii? Braki, przytoczone powyżej, wpływają niezawodnie ujemnie, nie w tem jednak znaczeniu, żeby przy usunięciu ich można się było ustrzedz pojawienia epidemii influenzy, ale niekorzystne warunki higieniczne bezsprzecznie wpływać mogą na powstawanie zakażeń wtórnych, na powstawanie groźnych przy tej chorobie powikłań i większe szerzenie się zarazy. Czystość jest najskuteczniejszą bronią w walce ze wszystkiemi chorobami zakaźnemi.

Co robić?

1) Jakkolwiek influenza należy do chorób, nieobjętych ustawą o zwalczaniu chorob zakaźnych i co do których nie istnieje obowiązek donoszenia, należy jednak odnieść się do lekarzy praktykujących w Krakowie z prośbą, aby zechcieli o każdym przypadku influenzy (choroby hiszpańskiej) donieść Miejskiemu Urzędowi zdrowia bądź na zwykłych kartkach, przeznaczonych do doniesień o chorobach zakaźnych, bądź telefonicznie (Nr. tel. 373 od 8 rano do 8 wieczór), podając imię i nazwisko chorego, zajęcie, wiek, płeć, wyznanie i miejsce zamieszkania. Doniesienia nie pociągną za sobą stosowania ustawy, lecz służyć będą do należytej oceny szerzenia się epidemii, odsetka śmiertelności i zależności zachorowań od stosunków społecznych i ekonomicznych i innych ważnych szczegółów epidemiologicznych.

2) Należy zwrócić się do lekarzy praktykujących w Krakowie, aby namawiali chorych do przesyłania względnie sami przesyłali śluz i plwociny chorych na influenzę do miejskiej pracowni bakteryologicznej (ul. Lubicz 42). Badania przeprowadzane będą bezpłatnie.

3) Chorym, źle mieszkającym i pozbawionym wszelkiej opieki domowej, zapewnić pomieszczenie w szpitalu.

4) Miejskiemu Urzędowi zdrowia należy dać egzekutywę i prawo doraźnego karania w sprawach porządku i czystości, a Zakład czyszczenia miasta powinien być organem wykonawczym Miejskiego Urzędu zdrowia.

5) Należy wystarać się o większy fundusz bądź z funduszów miejskich, bądź w formie subwencyi rządowej, na jednorazowe gruntowne oczyszczenie miasta, a następnie na stałe utrzymanie porządku i czystości w mieście.

6) Należy zreformować instytucyę stróżów kamienicznych na wzór warszawski i na nich nałożyć obowiązek czyszczenia i polewania nietylko chodników, jak to jest dotąd, ale i części ulicy. Kilka tysięcy mioteł, chociażby niedbale zamiatających parę razy dziennie ulice, da lepszy wynik, niż dotychczasowy system. System warszawski nie wymaga obsługi męskiej. Kobiety bez wysiłku mogą podołać tej pracy.

7) Należy natychmiast wykończyć budynki sanitarne, aby zakład dezynfekcyjny, pralnie, dom izolacyjny i oddziały płonicze mogły być jak najprędzej otwarte.

8) Wobec istniejącej epidemii influenzy, a grożącej inwazyi innych chorób ze wschodu (cholery) należy podzielić miasto na małe obwody i oddać je pod opiekę wybranych obywateli, w pierwszym rzędzie radców miejskich, w celu utrzymywania porządku i usuwania najbardziej rażących usterek.

9) Należy zażądać zwrotu części budynków szkolnych, zabranych przez wojsko na szpitale.

10) Należy przedstawić czynnikom miarodajnym konieczność natychmiastowego wstrzymania dalszych poborów do wojska tych urzędników miejskich, którzy dla prawidłowego funkcyonowania urzędów i zakładów gminnych są niezbędni.

Zabrano do wojska 14 lekarzy miejskich, pozostali są przepracowani, obecnie grozi zabranie jeszcze dwóch. Uboga ludność cywilna została wskutek tego pozbawiona ambulatoryum dentystycznego, a obecnie ograniczy się jej pomoc lekarską w razie choroby, bo ludność uboga leczy się przeważnie u lekarzy miejskich. Zabrano z 10 sanitaryuszy miejskich 6, z 9 dezynfekcyonaryuszy zabrano 6, z pozostałych 3 zabiera się obecnie 2. Maszyniście zakładów sanitarnych grozi ciągle powołanie do wojska, szoferów miejskim zakładom sanitarnym odebrano.

To postępowanie, tak niesłychanie nieprzychylne względem mieszkańców miasta, dezorganizuje zarazem całą pracę w gminie. Posłowie nasi powinni energicznie przeciwko takiemu postępowaniu wystąpić.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

odjądrzenie, Entkernung.
usunięcie, wycięcie wola, Entkropfen.
odłuszczenie, oddzielenie torebki, Entkapselung.
trucizny jelitne, Enterotoxine.
krwawienie żołądkowe, gastrostaxis.
nerwica znużenna, z wyczerpania, znużenia, Erschöpfungsneurose.
wyczerpliwość, Erschöpfbarkeit, exhaustio.
kula wybuchowa, Explosivkugel.
zakażenie ponowne, reinfectio.
oporność (organizmu, w przeciwieństwie do odporności, immunitas), Resistenz.
gorączka pochłonna, Resorptionsfieber.
leczenie świetlne, Aktinotherapie.
zagęszczenie kości, osteoslerosis, eburneatio.
różnobarwliwość, polychromatophilia.
puchlina utajona, Praeoedem.
nakłuciny (jak plwociny, wyskrobiny), Punctionsmasse, -flüssigkeit.
wstrzyknięcie ponowne, reinjectio.
wznowienie słuchu, reéducation auditive.
choroba naświetlenna, Lichtkrankheit.
wrzód rozstępowy, Dehnungsgeschwür, ulcus diastaticum.
guzo-, nowotworozwrotny, tumoraffin.
klin podziałowy, Bifurkationssporn.
mikrobozwrotny, bakteriotrop.
stężenie wodne, Wasserstarre.
chorobę znamionujący, znamienny, pathogeneticus.
powstawanie choroby, pathogenesis.
przykostny, parostalis.
szczątkogłowy, paracephalus.
jamki sutkowe (wyrostka), cellulae mastoideae.
otwarcie śródpiersia, mediastinotomia.
poród kilkopłodowy, Mehrlingsgeburt. 16

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W dniach 21—23 września odbył się w Warszawie Zjazd w sprawie higieny miasteczek i wsi przy udziale około 200 uczestników, zagajony przez prezesa Towarzystwa higienicznego Dra Polaka, delegata Ministerstwa zdrowia prof. Dra Dzierzgowskiego, prezydenta m. Warszawy inż. Drzewieckiego, prezesa Rady miejskiej Balińskiego i prezesa związku miast Patka. Na pierwszem posiedzeniu ogólnem wygłosili wykłady: Dr J. Polak »O zadaniach państwa i samorządów w dziedzinie zdrowia publicznego«, Dr Stefan Rudzki: »O walce z gruźlicą w małych miastach i po wsiach«.

— Staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, a pod redakcyą zasłużonego dra Tadeusza Borzęckiego wyszedł »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego« za lata 1914, 1915 i 1916. Zbyteczna podnosić wielką pożyteczność tego wydawnictwa. Wydany właśnie tom nie ustępuje starannością opracowania tomom poprzednim. Godzi się tu przytoczyć nazwiska współpracowników, bezinteresownie podejmujących żmudną pracę dla przysłużenia się ogółowi. Byli nimi koledzy: Borzęcki, Bruner, Chełchowski, Chodecki, Jakimowicz, Jonscher, Kalinowski, Karłowski, Kijewski, Koelichen, Kowalski, Landstein, Lipski, Lubliner, Łyskawiński, Matusewiczówna, Mazurek, Meyer, Mossakowski, Mutermilch, Puławski, Radziwiłłowicz, Wertheim, Winiarski, Zapasiewicz, Zbrowski, Zdanowicz, Zweigbaum.

— Stowarzyszenie lekarzy polskich podjęło akcyę celem uregulowania honoraryów lekarskich w Warszawie, dotychczas jeszcze utrzymywanych przez publiczność na stopie przedwojennej.

Ze zdrojowisk krajowych. Dr Teofil Stachiewicz, zastępca lekarza zakładowego w Szczawnicy, nadesłał nam sprawozdanie lekarskie za sezon 1918 r. Liczba osób przybyłych wynosiła 1580, w tem żydów 78%, katolików 22%. Chorych na płuca natury gruźliczej było 50% z tego w okresie I — 70%, w II 25%, w III 5%; powikłań ze strony gardła i krtani 6%, kiszek 2%; zmarło 3 osoby. Chorych na drogi oddechowe natury niegruźliczej było 28%; w tem wynosiły choroby nosa, gardła, krtani i oskrzeli 30%, rozedma płuc 26%, dychawica 24 %, okres zdrowienia po zapaleniu płuc i opłucnej 28%. Chorych innych było 22%, (narząd trawienia 15%, choroby krążenia i przemiany materyi 7%, choroby krwi 60%, choroby nerwowe 12%, zołzy 6%). Na ogół było o 238 osób więcej, niż roku poprzedniego; brak aprowizacyi, drożyzna, dojazd trudny i zbyt kosztowny (automobil dopiero z końcem sezonu zaczął, i to nieregularnie kursować) wstrzymywały od przyjazdu. — Czerwiec i lipiec były pogodne, sierpień słotny, dopiero wrzesień pogodny. Służbę zdrowia pełniło 4 lekarzy. W zakładzie w Wyżnej Szczawnicy funkcyonowały od lipca zakład inhalacyjny i wodoleczniczy.

Prezes krajowego związku zdrojowisk, Dr Kazimierz Solecki, objechał zdrojowiska galicyjskie i na zasadzie zebranych spostrzeżeń przedstawił Namiestnictwu uwagi o koniecznych potrzebach naszych zdrojowisk; jakoto: 1) ułatwienie dojazdu (budowa kolei), 2) regulacya z pomocą subwencyi państwowych, 3) specyalne przepisy budowlane (przeciw zbyt gęstemu zabudowywaniu), 4) kanalizacya, 5) wodociągi wody słodkiej i odpowiednie ujęcie zdrojów mineralnych, 6) warzelnie soli, 7) zupełne oddzielenie zarządu gminy od zarządu zdrojowiska, 8) zaprowadzenie sezonów całorocznych (budowa sanatoryów zimowych i t. d.), 9) fabryki budowlane dla przebudowy zdrojowisk, 10) związki producentów okolicznych celem lepszej aprowizacyi, 11) uregulowanie cen środków spożywczych, 12) założenie suszarni ziół leczniczych i t. d.

Zmarli: Dr Franciszek Bernacki, b. burmistrz m. Brzeska, w 69 r. ż.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień 1918. (Cena 2 M.) Treść zeszytu wrześniowego: 1) Dr Koelsch: Szkodliwe wpływy benzolu i ciał od niego pochodnych. 2) Dr Hanauer: Sprawozdanie z innych działów medycyny społecznej. 3) Prof. Boruttau: Mechanizm śmierci z rażenia prądem elektrycznym i możliwość ratunku. 4) Prof. Sudhoff: Szkoły lekarskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1918.

Gazeta lekarska Nr. 34. Puławski: Konstanty Karwowski (wspomnienie pośmiertne) (34). — Modrakowski: Działanie leków w zależności od sposobów i dróg wprowadzenia ich do ustroju (34—35). — Zieliński E.: O wartości klinicznej opukiwania obojczyka (34). — Bernhardt: Osutka trądzikowata, wywołana przez stosowanie surogatu waseliny (35). — Pręgowski: Przypadek cierpienia umysłowego o odrębnym zespole objawowym (36). — Sawicki: Asystenci szpitalni (36—37). — Zieliński Kaz.: O durze wysypkowym u dzieci, oraz o wpływie duru wysypkowego na życie płodu (37—38). — Jaworski i Rakiewicz: Znaczenie domów i przytułków dla rodzących w organizacyi położniczej, oraz szkic projektu takiego przytułku prowincyonalnego (38). — Janowski: O nerwobolach głowy i ich leczeniu zapomocą wygniatania punktów bolesnych (38).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr. 34. Popiel: Kleszcze porodowe, wskazania i zastosowanie (34). — Siwiński: Psychozy wiądowe (35). — Karwacki i Mąka: W sprawie leczenia duru brzusznego zastrzykiwaniami złota koloidalnego (36). — Guranowski: Kilka uwag w sprawie t. zw. »objawu Wannera« (37). — Racinowski: Spostrzeżenia nad chorobami skórnemi w dobie obecnej (38).

Kronika dentystyczna. Nr. 8—9. Krakowski: Radjoterapja i jej stosunek do schorzeń jamy ustnej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 9. października 1918** o godzinie 6 wieczorem **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym wykład prof. Nitscha: O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.

WYDZIAŁ KRAJOWY. Lwów, dnia 25. września 1918.
LW. 87.066.

KONKURS.

Wydział krajowy Król. Galicyi z W. Ks. Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę ordynaryusza, względnie sekundaryusza w krajowym Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie koło Krakowa.

Podania adresowane do Wydziału krajowego wnosić należy na ręce krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie koło Krakowa w terminie do 1. listopada 1918. załączając:

1) metrykę urodzenia,
2) świadectwo przynależności,
3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów w Monarchii austr.-węg,
4) opis życia z podaniem dotychczasowych zajęć lekarskich w klinikach, szpitalach powszechnych, zakładach dla umysłowo i nerwowo chorych, względnie w pracowniach lekarskich w kraju lub zagranicą.

Z posadą ordynaryusza połączone są następujące pobory:

1) płaca 2.600 K rocznie,
2) dodatek funkcyjny 1.000 K rocznie,
3) trzy dodatki pięcioletnie po 400 K rocznie,
4) mieszkanie oświetlone i opalone według ustalonego deputatu,
5) prawo do wojennego dodatku drożyźnianego który wynosi obecnie 200 K miesięcznie.

Z posadą sekundaryusza łączą się następujące pobory:

1) płaca 1 900 K rocznie,
2) dodatek funkcyjny 1.000 K rocznie,
3) trzy dodatki pięcioletnie po 200 K rocznie,
4) i 5) jak wyżej.

Kandydaci, którzy zajmują jakąś posadę mają wnieść odnośne podania przez przełożoną władzę na ręce Dyrekcyi kraj. Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie, w tak wczesnym terminie by mogły być nadesłane Wydz. kraj. przez tę Dyrekcyę wraz z swoją opinią do 15. listopada 1918. 261

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 41. Kraków, 12. października 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 12. października 1918. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala polowego Nr. 703. Komendant lek. sztab. Dr Denes.

Gorączka powrotna i jej leczenie.

Napisał *)

Doc. Dr Zdzisław Tomaszewski

lekarz pułk., kierownik oddz. wewn.

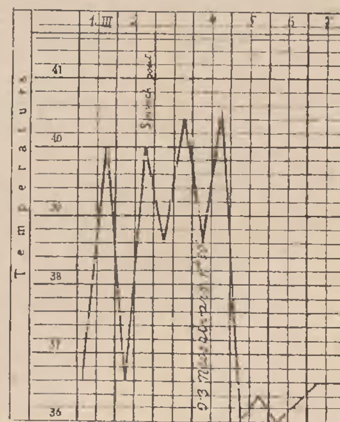
Równocześnie z powracającymi z niewoli rosyjskiej jeńcami wojennymi zaczęły pojawiać się pojedyncze przypadki gorączki powrotnej, choroby, w Galicyi od dawna już nie spotykanej; zdarzały się one przeważnie u powracających z południowych gubernii Rosyi. Ponieważ chorzy, zanim dostaną się do szpitali we Lwowie, odbywają kilkudniową kwarantannę w szpitalach nadgranicznych, dlatego mogliśmy spostrzegać przypadki najczęściej dopiero podczas napadu drugiego lub nawet trzeciego; chorzy ci przebywali napad pierwszy albo podczas drogi powrotnej w kwaterach przygodnych bez żadnego leczenia, albo też nierozpoznany i jako grypa, ostry nieżyt oskrzeli, żółtaczka nieżytowa leczony pierwszy napad w jednym ze szpitali nadgranicznych.

Peryodyczność okresów gorączki, oddzielonych od siebie przerwą bezgorączkową, jest, jak wiadomo, najcharakterystyczniejszą cechą duru powrotnego, jakkolwiek podobna okresowa gorączka zdarza się i w innych cierpieniach (16). Już podczas obecnej wojny opisano chorobę, nazwaną gorączką pięciodniową albo wołyńską, która oprócz okresowej gorączki ma i inne, do duru powrotnego zbliżające ją objawy, jak n. p. obrzęk śledziony, leukocytozę, bóle w kościach goleni, tak że Koch (7) tak na podstawie obrazu klinicznego, jakoteż wykazanych przez siebie we krwi tworów, podobnych nieco do krętków (perełkowatych nitek i t. d.), które uważa za formy inwolucyjne krętka Obermeyera, twierdzi, że gorączka pięciodniowa jest tylko »osłabioną, łagodniej przebiegającą postacią duru powrotnego.« Nie wchodzę tu bliżej w to, że przypuszczenie Kocha ma mało prawdopodobieństwa i że odparte zostało przez Wernera (15), który owe perełkowate twory, znalezione we krwi przez Kocha, uważa tylko za produkty sztuczne, powstałe wskutek uszkodzenia krwi i na podstawie znacznych różnic w przebiegu klinicznym, postaci krzywej ciepłoty, możności przeszczepiania na zwierzęta, wyników leczenia zapomocą neosalwarsanu, zaprzecza tożsamości obu schorzeń. Podobnie i Claus Schilling (16) powątpiewa w prawdziwość przypuszczeń Kocha.

Nie mam zamiaru omawiać dokładnie kliniki gorączki powrotnej, znanej tak z dawniejszych, jakoteż z nowszych opisów (8) i tylko w ogólnych zarysach na podstawie spostrzeganych przypadków zwrócę uwagę na przebieg kliniczny, poświęcając kilka uwag rozpoznaniu i epidemiologii i wreszcie nieco obszerniej leczeniu. Uwagi te o tyle będą na czasie, że wobec otwartej już drogi do Rosyi południowej nie jest wykluczone pojawienie się przypadków tej choroby i wśród ludności cywilnej.

Przypadki, które spostrzegałem, zachowywały się niezawsze typowo. Przebieg gorączki bywa dosyć rozmaity: najczęściej po dreszczu początkowym, którego nigdy nie brak, wznosi się ciepłota odrazu do znacznej wysokości, równocześnie zjawia się w każdym przypadku uparty dokuczliwy ból głowy i bardzo często ból w krzyżach. Towarzyszy temu ogólna niemoc i rozbicie. Zdarza się jednak dosyć często stopniowe nasilanie się gorączki ze zwolnieniami, dochodzące dopiero w ciągu kilku dni do wysokości 40⁰. Dalszy przebieg ciepłoty nie ma także stałego toru; spotykamy wprawdzie najczęściej gorączkę ciągłą, zdarza się jednakże i typowa gorączka zwalniająca (remittens), która w dalszym ciągu dopiero przejść może w gorączkę ciągłą. W jednym z moich przypadków, którego historyę choroby poniżej przytaczam, rozpoczął się pierwszy napad gorączką przerywaną (intermittens), tak, że we krwi poszukiwaliśmy plazmodyów zimnicy i dopiero w dalszym ciągu zjawiła się gorączka ciągła.

Z. H. lat 46. Zachorował przed 3 dniami; ból głowy i ogólne rozbicie. 28. II. rano dreszcze, popołudniu gorączka, potem poty. 1. III. Rano C 36·8, przedpołudniem dreszcz, poczem ciepłota podnosi się do 40⁰. Skóra ziemisto-żółtawa. Płuca i serce bez zmian, śledziona niemacalna, wątroba niepowiększona. Mięśnie na ucisk niebolesne. Wieczorem poty i spadek ciepłoty. We krwi krętki Obermeyera; plazmodyów zimnicy nie znaleziono. 2. III. Rano dreszcz, potem podskok ciepłoty do 40⁰. Plazmodyów zimnicy nie znaleziono. Krętki liczne. Ból głowy i krzyżów. 3. III Śledziona macalna, miękka. 4. III. Silne bóle głowy i kończyn dolnych. Śledziona większa. Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. W ciągu nocy spadek ciepłoty do 35·8. Dalszy przebieg bezgorączkowy. (Ryc. 1).



Ryc. 1.

Okres gorączkowy trwa średnio około 6 dni, zdarzają się jednak, i to częściej, w napadach wtórnych, mniej gwałtownych, okresy krótsze, a nawet jednodniowe podskoki ciepłoty, czasem do znacznej wysokości. Ilość napadów gorączkowych bywa rozmaita; nie mając pod tym względem własnego doświadczenia, gdyż leczenie salwarsanem, o którem dalej mówić będę, stosowałem w tej chwili po ustaleniu rozpoznania, przytaczam obliczenia Jochmana (10), który w 55% przypadków stwierdził dwa napady, w 13% jeden, i Prussiana (3), który ilość napadów podwójnych oblicza na 53·3%, jednorazowych zaś na 6·6%.

Po upływie kilku, średnio 6—7 dni ciepłota opada zwykle nagle, przełomowo, wśród rozlewnych potów, wznosząc się jeszcze

*) Wykład w Tow. lekarskiem lwowskiem d. 12. kwietnia 1918.

nieco przed ostatecznym spadkiem (perturbatio critica); zdarza się jednak czasem spadek powolny. Przez kilka dni po przełomie utrzymuje się ciepłota na wartościach podnormalnych, z małemi wahaniami dziennemi, co wskazuje na znaczne zaburzenie w jej regulacyi. Równocześnie ze spadkiem gorączki znikają bóle głowy i krzyżów, pozostaje tylko bardzo znaczne osłabienie, utrzymujące się jeszcze przez kilka dni.

Do bardzo charakterystycznych objawów gorączki powrotnej należy ziemisto-żółtawe zabarwienie skóry, które spostrzegałem prawie w każdym z moich przypadków, a które rzeczywiście przypomina skórę lekko na słońcu opaloną. Jest to tąk znamienne, że nieraz już na pierwszy rzut oka kieruje rozpoznanie we właściwą stronę.

Często znajdowałem niewielkie powiększenie i tkliwość wątroby, bardzo często, jednak nie zawsze, powiększenie śledziony, które w żadnym z moich wcześnie leczonych przypadków nie dosięgło rozmiarów znacznych, przeważnie było tylko miernego stopnia; czasem śledziona zaledwie przy głębokim wdechu była wyczuwalna, a jej stłumienie nieco powiększone. Ból w okolicy podżebrza lewego, na który chorzy często się uskarżają, pochodzi zapewne z nadmiernego napięcia torebki powiększonej śledziony; tylko w jednym przypadku stwierdziłem ponad śledzioną wyraźne, ręką już wyczuwalne tarcie. W okresie bezgorączkowym śledziona zwolna się zmniejsza, powiększenie da się jednak stwierdzić jeszcze w 5—6 dni po spadku ciepłoty.

Prawie w każdym przypadku zjawia się w moczu w niewielkich ilościach białko, często pojedyncze czerwone ciałka krwi, prawdopodobnie wskutek pękania drobnych naczyń krwionośnych; w żadnym przypadku nie stwierdziłem objawów kłębkowego zapalenia nerek (glomerulonephritis), jakie się może zdarzyć w cięższych postaciach gorączki powrotnej.

Zachowanie się przewodu pokarmowego nie daje nic charakterystycznego: brak apetytu, czasem nudności i pobudzenie do wymiotów, oto objawy podmiotowe. Język pokryty nalotem bardzo często koloru szaro-brunatnego lub brunatnego, nie wysychający, stolec przeważnie zaparty. W drugiej połowie napadu lub dopiero przy spadku ciepłoty mają się często zdarzać biegunki (Hoeslin), występujące bez żadnej widocznej przyczyny; w moich przypadkach stwierdzałem to jednak tylko wyjątkowo. Częściej natomiast widziałem biegunki, występujące dopiero po zastosowaniu neosalwarsanu i uważam je wprost za objaw ubocznego działania tego środka, chociaż nie jest wykluczone, że i w tym wypadku biegunki są objawem toksycznym, powstającym wskutek działania dużej ilości toksyn, uwalniających się przy rozpadzie krętków.

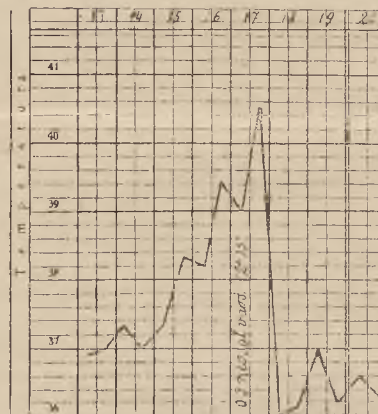
Do bardzo typowych objawów gorączki powrotnej mają należeć bóle w kończynach, których siedzibą są mięśnie, stawy i kości długie, a które mogą być czasem tak gwałtowne i uporczywe, że każdy ruch jest połączony z przykrem, bolesnem uczuciem. Aczkolwiek na objaw ten zwracałem baczną uwagę, to stale, prawie w każdym przypadku stwierdzić mogłem jedynie bóle w krzyżach, nieraz bardzo dokuczliwe; inne bóle mięśniowe, kostne i stawowe należały w moich przypadkach do objawów częstych, nie w każdym przypadku jednak występujących. Były one czasem rzeczywiście bardzo dokuczliwe i gwałtowne, a widziałem nawet przypadki takie, że chory, doznając przy najmniejszym ruchu bólów mięśniowych, nie mógł się wcale poruszać, siadać w łóżku, przewracać z boku na bok. Mięśnie bolesne są zazwyczaj i na ucisk bardzo wrażliwe i bolesne. W trzech przypadkach widziałem bóle stawowe, połączone nawet z lekkim obrzękiem, wrażliwością na ucisk i upośledzeniem czynnej i biernej ruchomości.

Zachowanie się krwi śledziliśmy w każdym z leczonych przypadków, znaleźliśmy jednak zmiany na ogół nieznaczne i mało charakterystyczne. W okresie napadu już drugiego dnia zjawia się we krwi leukocytoza miernego stopnia, wahająca się w naszych przypadkach od 6 do 13 tysięcy c. b., lub tylko względne zwiększenie się ilości procentowej ciałek neutrofilnych, przy mało, lub wcale nie zwiększonej ogólnej ilości ciałek białych. Zwiększenie to odbywa się na niekorzyść limfocytów. Objawem bardzo charakterystycznym, powtarzającym się stale w przypadkach niepowikłanych, jest zupełne zniknięcie ze krwi ciałek eozynochłonnych, które zjawiają się dopiero w okresie bezgorączkowym, ponapadowym. W tym okresie ogólna ilość ciałek białych szybko wraca do wartości prawidłowych, odsetkowy skład krwi także powraca do prawidłowego obrazu, czasem w okresie tym zauważyć jednak można nieznaczne procentowe podwyższenie ilości leukocytów jednojądrzastych.

W przypadkach moich, w których w tej chwili po rozpoznaniu wstrzykiwałem neosalwarsan, powikłań prawie nie widziałem z wyjątkiem przypadku, o którym później będę jeszcze dokładniej mówić, a w którym jako powikłanie stwierdziłem wysiękowe zapalenie opłucnej.

Rozpoznanie gorączki powrotnej podczas panującej epidemii nie sprawia wcale trudności, chociaż o pomyłki i pomieszanie gorączki powrotnej z innemi cierpieniami wcale nie trudno. Dla przykładu przytaczam kilka krótkich wyciągów z historyi chorób wraz z krzywemi ciepłoty, które najlepiej może sprawę objaśnią. I tak w jednym przypadku przebiegała gorączka powrotna — tak w pierwszym, w innym szpitalu spostrzeganym, jak i w drugim napadzie, który chory przebył już na moim oddziale i który rozpoczął się gorączką, zwolna w ciągu kilku dni narastającą, — pod obrazem ostrego nieżytu oskrzeli, z bardzo silną dusznością, kaszlem, kłuciem w klatce piersiowej. W przypadku tym trudności rozpoznawcze (naturalnie jeszcze przed badaniem krwi) powiększać mogło jeszcze i to, że u chorego istniało równocześnie zapalenie miedniczek nerkowych na tle zakażenia bakteryami okrężnicy.

St. lat 33, przyjęty 13. III. z historyą choroby dwóch zakładów sanitarnych, w których pozostawał od 6. III. z rozpoznaniem bronchitis chronica exacerbans. Badaniem bakteryologicznem wykluczono dur brzuszny, paratyfus, dur plamisty (obj. Weil-Felixa ujemnie), dur powrotny. Po spadku gorączki odesłano chorego do Lwowa w okresie ozdrowienia. Tu stwierdziliśmy (13/III.): Ciepł. 37, objawy rozedmy płuc i nieżytu oskrzeli bardzo znacznego stopnia. W moczu ślad białka, dużo ciałek ropnych, laseczki okrężnicy. 14/III. Stan podgorączkowy utrzymuje się; objawy nieżytu bardzo wybitne. Duszność, kaszel, plwocina śluzowo-ropna, obfita. 15/III. Znaczna duszność, kaszel, kłucie. Pod wieczór C 38·3, ból głowy, niepokój. Śledziona niemacalna. Mięśnie, stawy niebolesne. 16/III. Objawy nieżytu jeszcze wybitniejsze; w tyle w dole nieco rzężeń drobnobańkowych. Śledziona lekko macalna. Silny ból głowy. C. pod wieczór 39·4. We krwi 8200 c. b. (80% neutr. 0·4 bas. 2·8 przejść. 2·8 mononukl. 14% limfocyt. nieliczne krętki Obermeyera. 17/III.



Ryc. 2.

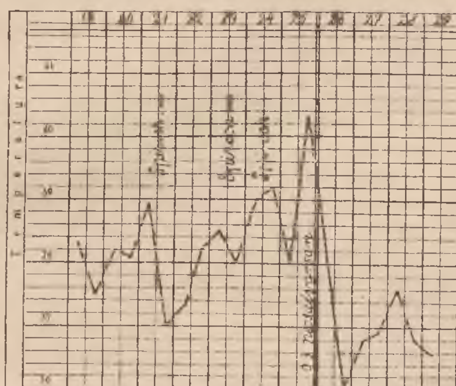
Oddech przyspieszony, duszność, lekka sinica warg. Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. W nocy wśród obfitych potów spadek ciepłoty. 18/III. Stan bezgorączkowy. Objawy nieżytu oskrzeli znacznie się zmniejszyły, brak sinicy i duszności. W dalszym ciągu do kilku dni zupełna poprawa, objawy nieżytu zupełnie ustępują, stan trwale bezgorączkowy.

Nie mniej ciekawy był przypadek następujący:

F. T. lat 38, przyjęty 19/III. Zachorował 7/IV. wśród bólów głowy, ogólnego osłabienia, żółtaczkowego zabarwienia skóry. Leczony w szpitalu polowym nadgranicznym i przysłany z rozpoznaniem żółtaczki nieżytowej.

Stwierdziliśmy, że skóra ma odcień brązowy, wpadający nieco w kolor żółtawy. Ponad prawą dolną połową klatki piersiowej lekkie przytłumienie z przodu, tutaj wdech nieoznaczony, wydech chuchający, wdech pokryty licznemi drobnobańkowemi rzężeniami. Ponad resztą płuc zaostrzone szmery, liczne furczenia i świsty. Plwocina obfita, śluzowo ropna. Kaszel, duszność. 21/IV. Stan płuc jak poprzednio. Cieplota o przebiegu nieregularnym. We krwi krętków nie wykazano. 23/IV. Oddech przyspieszony i nasilony. Plwocina bardzo obfita śluzowo-ropna. Wykazano w niej nieliczne prątki Kocha. Ból głowy. We krwi krętków nie znaleziono. 24/IV. Ból głowy, brak bolów mięśniowych. Śledziona lekko macalna. Tętno znacznie przyspieszone.

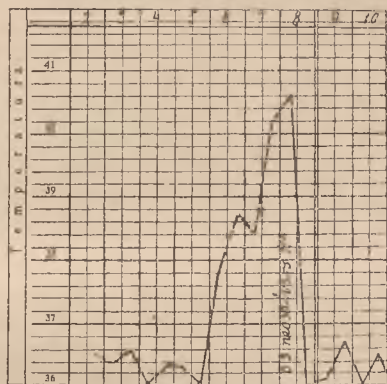
Objawy ze strony narządu oddechowego jak przedtem. We krwi bardzo nieliczne krętki Obermeyera. 25/IV. Kaszel i duszność znacznie silniejsze. Śledziona jak wczoraj. Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. W 6 godzin spadek ciepłoty przełomowy.



Ryc 3.

26/IV. Stan bardzo dobry, duszności nie ma. 27/IV. Śledziona prawie niemacalna. W dalszym przebiegu stan podmiotowy dobry, stan podgorączkowy nie stale, objawy ze strony płuc zmieniają się niewiele, brak jednak duszności, kaszel nieco mniejszy.

W przypadku innym sprawa rozpoczęła się obustronnym obrzękiem przedrzepkowych torebek maziowych bez podwyższenia ciepłoty ciała, który pod nalewką jodową do kilku dni bez śladu ustąpił. Dopiero piątego dnia podniosła się ciepłota do 37·8, wieczorem do 38·7, przyczem równocześnie wystąpił obrzęk stawów śródręczno-palcowych ręki lewej, z lekkiem zaczerwienieniem skóry. Pod okładem kwaśnym i po dużej dawce salicylu obrzęk do 24 godzin znacznie się zmniejszył, ciepłota podniosła się jednak wśród dreszczu powyżej 40°, równocześnie wystąpiły silne bóle głowy i ból w krzyżach miernego nasilenia. Wykonane w tej chwili badanie krwi wykryło krętki Obermeyera i wyjaśniło sprawę. Dodać należy, że obrzęk stawów lewej ręki do 24 godzin, a więc jeszcze przed wstrzyknięciem neosalwarsanu, ustąpił zupełnie. (Rycina 4).

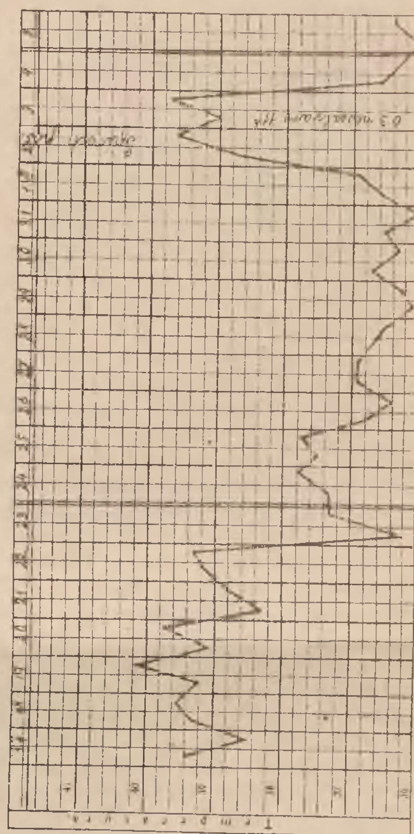


Ryc. 4.

W pewnych przypadkach nie jest wykluczona pomyłka z rozpoznaniem grypy, jaka zdarzyła się nam w pierwszym, podczas obecnej epidemii na oddziale spostrzeganym przypadku. Objawy ostrego nieżytu oskrzeli, zaczerwienienie i obrzęk migdałków i błony śluzowej gardła, bóle mięśniowe, wykrycie w plwocinie obfitej ilości ziarenkowców (micrococcus catarrhalis) odwróciło uwagę od właściwej sprawy tak, że prawdziwe rozpoznanie uczyniliśmy dopiero w początkach drugiego napadu. Krzywą ciepłoty przypadku tego, jedynego, w którym spostrzegaliśmy dwa napady, załączam tutaj w całości. (Rycina 5).

Dodać muszę, że w spostrzeganej przezemnie epidemii, prawie w 40% przypadków spotykaliśmy się z objawami nieżytu oskrzeli miernego stopnia, który jednak, z wyjątkiem powyżej przytoczonych przypadków, nie wybijał się nigdy na pierwszy plan obrazu chorobowego. Podobne spostrzeżenia podaje Löwy (9).

Pamiętać należy wreszcie i o innych sprawach, z któremi można gorączkę powrotną pomieszać, zwłaszcza w przypadkach, gdzie odszukanie krętków we krwi nie udaje się. Mam tu na myśli dur plamisty, gorączkę pięciodniową, o której wspominałem, chorobę Weila, wywołaną przez krętki »spirochaete nodosa«, a w przebiegu klinicznym początkowo bardzo podobną do gorączki powrotnej (nagły początek, bóle głowy, kości i mięśni, żółtaczkowe zabarwienie skóry, ciężki stan ogólny i t. d.), wreszcie w przypadkach z jednodniowymi podskokami ciepłoty lub gorączką przerywaną także zimnicę (zob. ryc. 1.) Strzedz się należy wreszcie i pomyłki tego rodzaju, aby, przeoczywszy gorączkę powrotną, nie rozpoznać jako sprawy głównej jednego z powikłań, jakie zdarzają się czasem w przebiegu gorączki powrotnej, jakoto zapalenie płuc, wysięk opłucny, zapalenie nerek i t. d. Tylko dokładna znajomość klinicznego obrazu gorączki powrotnej i pilne badanie krwi może nas ochronić od takiej pomyłki.

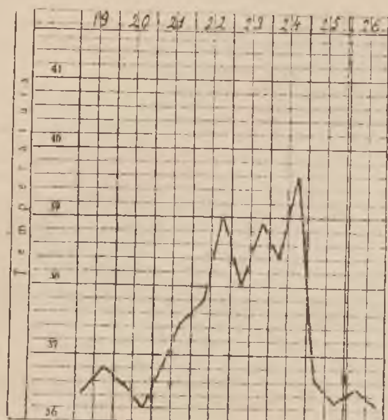


Ryc. 5.

Wykazanie we krwi chorego krętków udaje się zwykle łatwo; najodpowiedniejszymi do tego są preparaty tuszowe, które dają obrazy bardzo przejrzyste, a nie zabierają tyle czasu, jak inne metody barwienia. Krętki barwią się doskonale także rozcieńczoną 5-krotnie fuksyną karbolową, zwłaszcza przy lekkiem podgrzaniu preparatu przez 1 minutę. Z początkiem napadu spotykamy zwykle we krwi krętki w ilości niewielkiej, potem ilość ich wzrasta, przed przełomem gorączki znowu się zmniejsza; w drugiej połowie napadu, jak podaje Hössli, znikają krętki ze krwi czasem zupełnie. Zdarza się jednak niekiedy, że w bardzo wybitnie ciężkim przypadku uda się po przeszukaniu kilku preparatów odnaleźć zaledwie kilka egzemplarzy, czasem nie można ich znaleźć wcale, w innych, napozór lekkich przypadkach jest ich we krwi sporo. Z obserwacyi własnej przytaczam przypadek, który rozpoznaliśmy jako gorączkę powrotną tylko na podstawie przebiegu klinicznego i typowych objawów ogólnych, pomimo, że przy kilkakrotnie powtarzanych badaniach krwi nie udało się ani razu wykazać krętków. Podobny przypadek opisuje Löwy (9).

F. B. lat 38, przysłany 19/IV. z rozpoznaniem gośćca stawowego. Chory podaje, że 3/IV. zachorował wśród bólów głowy i kończyn dolnych. 9/IV. stwierdzono w pierwszym zakładzie sanitarnym, do którego się chory dostał, objawy nieżytu oskrzeli, bolesność stawów kolanowych przy ciepłocie ciała 38°. 16/IV stan bezgorączkowy, który utrzymywał się do 21/IV; w lewej torebce przedrzepkowej nieznaczne chełbotanie. 21/IV, a więc w 7 dni po spadku ciepłoty, wznosi się ona znowu i dochodzi w drugim dniu wieczorem do 39°. Ból głowy nieznaczny. Objawy nieżytu oskrzeli wyraźniejsze. Mięśnie łydek tkliwe. We krwi krętków nie ma. 22/IV. Śledziona powiększona. Ból głowy.

Krętków we krwi nie ma. 23/IV. Stan taki sam. Krętków we krwi nie znaleziono. 24/IV. Ból głowy i krzyżów, ogólne rozbicie, śledziona nieco większa. Krętków we krwi brak. Przebieg ciepłoty o charakterze gorączki ciągłej. 25/IV. W nocy wśród obfitych potów spadek ciepłoty do 36·6°. Poprawa stanu ogólnego; dalszy przebieg (spostrzegano 14 dni) bezgorączkowy. (Rycina 6).



Ryc. 6.

W okresie bezgorączkowym krętków we krwi niema, chociaż opisywano i takie przypadki, gdzie znajdowały się one we krwi przez cały czas trwania przerwy bezgorączkowej. W ostatnich wreszcie czasach zwrócił Wiener (13) uwagę na to, że krętki mogą znajdować się we krwi osób zdrowych, nie wywołując w ogóle żadnych objawów chorobowych, co ze względów epidemiologicznych jest szczegółem bardzo ważnym.

Z badań Töpfera i niezależnie od niego J. Kocha wynika, że przenoszenie się gorączki powrotnej odbywa się jeżeli nie wyłącznie, to głównie przez wszy ubraniowe; przenoszenie przez pluskwy zdarzać się może tylko wyjątkowo, o ile można wnosić z badań autorów, w tym kierunku przeprowadzonych (zob. Koch 6), ze sobą jednak sprzecznych. W najnowszej literaturze znajduję krótką pracę Wiesego (17), który stanowczo zaprzecza możliwości przenoszenia się krętków za pośrednictwem pluskiew.

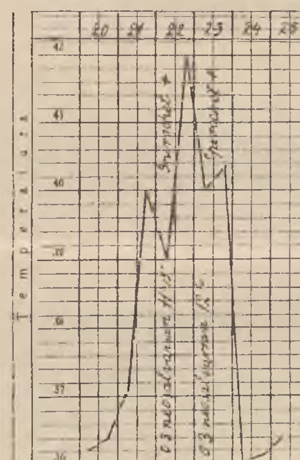
Z nowszych badań Töpfera, z którémi zgadza się Prussian i Wiese (17), wynika, że zakażenie człowieka odbywa się nie przez ukąszenie wszy, lecz raczej mechanicznie przez rozgniecenie jej i wtarcie krętków w skórę, aczkolwiek inni autorowie bronią zapatrywania, że zakażenie następuje przez ukąszenie zakażonej wszy. Oprócz wszy ubraniowej także wesz głowia może być pośrednikiem w przenoszeniu się krętków (17).

Przechodzę do omówienia stosowanego w przypadkach moich leczenia zapomocą neosalwarsanu. Doświadczenia co do leczenia gorączki powrotnej zapomocą tego środka są wcale liczne, wyniki zaś nazwać można wprost tak znakomitymi, że aczkolwiek śmiertelność przypadków, nie leczonych neosalwarsanem, jest na ogół bardzo mała, to jednak w każdym, na pozór nawet najlżejszym przypadku powinno być to leczenie stosowane. Działanie neosalwarsanu, wywołując szybki spadek ciepłoty i zniknięcie krętków z obiegu krwi, skraca znacznie przebieg choroby, która bez tego leczenia przeciągać się może do kilku tygodni; oszczędza siły chorego, zapobiega długiej rekonwalescencyi, często spostrzeganemu charłactwu, chroni chorego przed niebezpiecznemi, dla życia nieraz groźnemi powikłaniami.

W przypadkach, które leczyłem, stosowałem dawki średnie, wstrzykując dożylnie natychmiast lub zaraz następnego dnia po stwierdzeniu krętków we krwi 0·3 neosalwarsanu, rozpuszczonego wprost w strzykawce w 8 cm sz. wody przekroplonej (11). Dawka, której używam, jest mniejsza od dawki Prussiana, który wstrzykiwał 0·45 i Wienera (13), który stosował nawet dawkę 0·6. Po wstrzyknięciu (zwykle koło godz. 11 rano) podnosiła się ciepłota popołudniu często jeszcze o 1 do 2 stopni, dochodząc do 41° (w jednym nawet przypadku do 42°) i dopiero w ciągu nocy, a więc mniej więcej w 10 do 12 godzin po wstrzyknięciu następował wśród rozpływnych potów spadek ciepłoty o 4 do 6 stopni. Zdarzało się jednakże, że jeszcze w 21 godzin po wstrzyknięciu ciepłota utrzymywała się na znacznej wysokości, aczkolwiek nie wykrywano już wcale krętków we krwi, i spadała dopiero poniżej 37° w ciągu 23. godziny.

Do wywołania przełomu i zniszczenia krętków we krwi wystarczyło zwykle jedno wstrzyknięcie dawki 0·3. Widziałem jednak i dwa takie, w drugim napadzie leczone przypadki, (z których jeden napozór nie był wcale ciężki), w których »wyjałowienie« ustroju zapomocą jednorazowej dawki 0·3 nie udało się i musiałem dawkę następnego dnia jeszcze raz powtórzyć. Wyciąg z historyi choroby jednego z tych przypadków i krzywą ciepłoty przytaczam poniżej:

S. lat 24, przyjęty 19/III. jako ozdrowieniec po grypie. 20/III. Stan bezgorączkowy. 21/III. Rano stan podgorączkowy, wieczorem podskok ciepłoty do 40°. Ból głowy, bólów krzyżów i łydek brak. Sensorium wolne. Płuca i serce bez zmian. Śledziona lekko macalna. Koloryt skóry brunatny. We krwi pojedynczo, bardzo nielicznie krętki Obermeyera. 22/III. C. b. 8200 (neutr. = 63%, bas. = 0·4%, przejść = 5·2%, monon. = 3·2%, lymph. = 28·0%). Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. Popołudniu dreszcz i podskok ciepłoty do 41·9°. Sensorium lekko zajęte. 23/III. Ciepłota 40°. Silny ból głowy. We krwi o godz. 11 przed poł. (a więc w 24 godz. po wstrzyknięciu neosalwarsanu) znajdują się bardzo liczne krętki. Śledziona jak wczoraj, prawy płat wątroby macalny, tkliwy. W moczu ślad białka. C. b. 12000 (neutr. = 74%, bas. = 0·3%, przejść. = 5·4%, mon. = 9%, lymph. = 11·3%). O godz. 12 wstrzyknięto ponownie 0·3 neosalwarsanu. O godz. 5 po poł. zaczyna ciepłota opadać i dochodzi o 9, a więc w 34 godziny, licząc od pierwszego, a w 9 godzin, licząc od drugiego wstrzyknięcia neosalwarsanu, do 37°. Spadek odbywa się wśród rozlewnych potów. 24/III. Stan zupełnie dobry, bóle głowy ustąpiły, chory zupełnie swobodny. Śledziona prawie niemacalna. W moczu jeszcze ślad białka. C. b 9200 (neutr. = 68·4%, bas. = 0·8%, przejść. 7·6%, mon. = 9·6% lymph. = 13·6%). Dalszy przebieg bezgorączkowy. (Rycina 7)



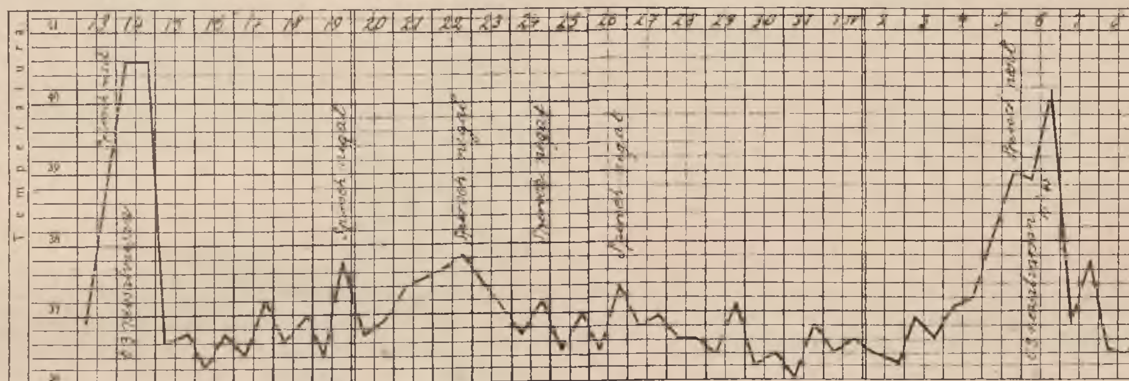
Ryc. 7.

Przypadek drugi miał przebieg zupełnie podobny. Z pośród leczonych przezemnie przypadków były to dwa jedyne, w których dawka 0·3 okazała się bezwarunkowo za małą; zdaje mi się jednakże, że na ogół ta średnia dawka powinna być zupełnie wystarczającą, zwłaszcza, jeżeli wstrzyknięcie stosuje się w odpowiednim czasie, a więc ile możności w początku napadu. Przy wstrzyknięciu dawki za małej, to jest takiej, która nie doprowadza do szybkiego i zupełnego zniszczenia wszystkich krętków we krwi, liczyć się należy z działaniem podniecającem na produkcyę jadów, w myśl prawa biologicznego o podniecającem działaniu małych dawek jadów (Ehrlich). Jeżeli dawka była za mała, lub wstrzyknięto ją w nieodpowiednim czasie, możebne jest wystąpienie nawrotu. Jeżeli bowiem wstrzyknięto neosalwarsan w końcu napadu, a więc tuż przed samoistnym spadkiem ciepłoty, wtedy obok krętków, których w ogóle jest wtedy we krwi niewiele, mogą znajdować się już formy trwałe, niewrażliwe na arsen, względnie być może, że ta część krętków, która ma przetrwać aż do następnego napadu (według Claus Schillinga (16) »»serumfeste« Rasse von Spirosomen«) usadowiła się już w komórkach narządów wewnętrznych i tam jest działaniu arsenu niedostępna. Są to naturalnie tylko przypuszczenia, któremi można próbować wytłómaczyć sobie, dlaczego w pewnym procencie przypadków, leczonych neosalwarsanem czy to w chwili nieodpowiedniej, czy też w zbyt małej dawce, »wyjałowienie« ustroju po wstrzyknięciu jednorazowem nie udaje się i występuje nawrót, lub nawet kilkakrotne wznoszenie się ciepłoty (Hössli).

Prussian oblicza ilość nawrotów w przypadkach leczonych odrazu w pierwszym napadzie na 9·3%, w przypadkach wszystkich na 5·6%. Podobne wyniki podaje Iversen (12), który zupełne wyleczenie po jednorazowej dawce osiągnął w 92% przypadków. Wiese, który wstrzykiwał dawki 0·45, widział nawroty nawet w 25% wszystkich leczonych przypadków. Fakt ten epidemiologicznie ma niemałe znaczenie z tego powodu, że chory, u którego po jednorazowej dawce nie można napewno wykluczyć możliwości wystąpienia nawrotu, pozostawać musi w obserwacyi przez dłuższy czas. Że nawet w okresie bezgorączkowym pomiędzy dwoma napadami chory może ewentualnie stać się źródłem ponownego zakażenia i przeniesienia się choroby, tego dowodzi fakt, iż krwią, pobraną w okresie bezgorączkowym, w któ-

podwyżka ciepłoty; ból głowy, krzyżów. Mięśnie grzbietu i karku tkliwe na ucisk. Śledziona powiększona, ale miękka. Wstrzyknięto 0·3 neosalwarsanu. 7/IV. Ciepłota wśród nocy opadła do 36·8; po poł. znowu podskok do 37·8, kilka płynnych stolców. 8/IV. Ciepłota prawidłowa. Stan zupełnie dobry. Dalszy przebieg trwale bezgorączkowy.

Wprawdzie w czasie między pierwszym, a drugim napadem ciepłota wykazywała od czasu do czasu podgorączkowe podskoki, jednak wobec braku wszelkich innych objawów podmiotowych, a więc dreszczów, bólów głowy i wobec kilkakrotnie ujemnego badania krwi trudno przypuszczać, że poruszenia ciepłoty odpowiadały krótkim poronnym napadom, a odnieść je natomiast można do sprawy zapalnej, jaka się toczyła w opłu-



Ryc. 8.

rej mikroskopowo nie zdołano wykryć krętków, przecież udało się zakazić zwierzę (14); należy przypuszczać, że krew ta zawierała formy trwałe, mające według Haty kształt ziarenek. Pośród przypadków, które leczyłem, zdarzył się nawrót, oddzielony od pierwszego napadu przestrzenią 21 dni, tylko jeden raz. Ten odsetkowo doskonały wynik pomimo stosunkowo małej dawki, jaką zwykle stosowałem, odnoszę do tego, że miałem sposobność leczyć neosalwarsanem najczęściej dopiero w napadzie drugim, że stosowałem go ile możności jak najwcześniej, powtarzając ewentualnie wstrzyknięcie, skoro w przeciągu 20 godzin ciepłota nie opadła do stanu prawidłowego. Przypadek, w którym wystąpił nawrót, miał przebieg bardzo ciekawy, dlatego przytaczam tu skróconą historyę choroby i krzywą ciepłoty. (Rycina 8).

B. T. lat 25, przysłany z rozpoznaniem »ozdrowieniec po ostrym nieżycie oskrzeli«, podaje, że już podczas drogi powrotnej z Rosyi miał wysoko gorączkować i leżał kilka dni na kwaterze, poczem dostał się do szpitala nadgranicznego, gdzie gorączkował jeszcze kilka dni. Po spadku ciepłoty odesłany do Lwowa, przyjęty został 13/III. rano, z ciepłotą 36·9. Po południu podskok ciepłoty do 39·2 przy tętnie 110. Skarży się na silne bóle po lewej stronie klatki piersiowej i w podżebrzu lewem, ból głowy i krzyżów. 14/III. Ciepłota 40·6°, sensorium wolne. Skóra barwy brunatno-ziemistej, język wilgotny, wargi przyschnięte. Po lewej stronie klatki piersiowej w dole w tyle lekkie przytłumienie, osłabienie wdechu i wydechu, z głębi słyszalny oskrzelowy, drżenie osłabione. Śledziona palec niżej łuku, tkliwa, wątroba nieco powiększona. We krwi nieliczne krętki Obermeyera. C. b. 15700 (neutr. = 82%, przejść. = 2·5%, mon. = 1%, lymph. = 14·5%). Wstrzyknięcie dożylne 0·3 neosalwarsanu. W nocy spadek ciepłoty do 36·6. 15/III. Ogólny stan dobry, ból po lewej stronie klatki piersiowej utrzymuje się. Wątroba i śledziona jak wczoraj. 16/III. Ciepłota prawidłowa, śledziona mniejsza. C. b. 10400 (n. = 66%, eos. = 1%, prz. = 9%, mon. = 1·5, l. = 22·5%) 18/III. Osłabienie utrzymuje się jeszcze. Ponad lewem płucem w dole wyjaśnienie odgłosu, oddech pęcherzykowy słabo słyszalny, przy wdechu tarcie opłucne. Śledziona jeszcze macalna. 19/III. Śledziony wyczuć już nie można. Stan podgorączkowy. Krętków we krwi niema. 22/III. Krętków we krwi niema. 24/III. Ciepłota od kilku dni podgorączkowa. Chory skarży się na pobolewanie w lewym stawie barkowym. Przedmiotowo żadnych zmian w stawie stwierdzić nie można. Tarcie opłucne utrzymuje się, stwierdzić je można także w linii pachowej przedniej. We krwi krętków nie znaleziono. 29/III. Bóle w stawie ustąpiły, tarcie opłucne znikło. 5/IV. Dreszcz, podskok ciepłoty, ból głowy i krzyżów. Ogólne rozbicie. We krwi znaleziono bardzo nieliczne krętki. 6/IV. Dalsza

cnej lewej. Napad ponowny, który wystąpił w 21 dni po pierwszym, zaznaczył się znowu charakterystycznym dreszczem, bólem głowy i krzyżów, ogólnem rozbiciem i niemocą, tak że już bez badania krwi, w której zresztą wykryliśmy nieliczne krętki, rozpoznać należało napad. Spostrzeżenie to zgadza się z danemi Prussiana, który także stwierdził, że wystąpienie ponownego napadu w przypadkach leczonych neosalwarsanem, gdzie wyjałowienie ustroju nie udało się, opóźnia się znacznie tak, że przerwa bezgorączkowa wynosić może 12 do 13, a nawet w jednym przypadku 28 dni (w przypadkach Wienera po 6 i 16 dniach). O podobnem przedłużaniu się przerwy międzynapadowej w przypadkach leczonych neosalwarsanem wspomina także Wiese (17).

Czem się należy kierować w doborze odpowiedniej dawki, trudno orzec. Badanie krwi nie może dostarczyć żadnych wskazówek, gdyż, jak już wspomniałem, ciężkość przypadku nie stoi w żadnym związku z ilością krętków we krwi. Sądzę jednak, że jeżeli przypadek nie przebiega z objawami ogólnymi zbyt ciężkimi, a wstrzyknięcie możemy wykonać zaraz z początkiem napadu, to wystarczy jednorazowa dawka średnia (0·3), zwłaszcza, jeżeli leczymy chorego już w drugim napadzie, który często bywa mniej gwałtowny od napadu pierwszego i na którym w pewnym procencie przypadków w ogóle sprawa się kończy. Jeżeli w przeciągu 24 godzin po wstrzyknięciu ciepłota wysoka utrzymuje się, a we krwi wykazać się dadzą krętki, należy dawkę powtórzyć. Przy leczeniu napadu pierwszego, zwłaszcza jeżeli nie można było wstrzyknąć neosalwarsanu wcześnie, t. j. w samym początku okresu gorączkowego, należałoby stosować dawki większe (0·45—0·6). Obserwacya chorego, przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie wstrzyknięcia dokonano w końcu napadu (5. lub 6. dnia), powinna się przeciągać conajmniej 14 do 21 dni, ze względu na możliwość nawrotu. Utrzymywanie się ciepłoty po spadku przez czas pewien poniżej poziomu prawidłowego nie wyklucza wcale, na co słusznie zwraca uwagę Prussian, możliwości nawrotu; zaznaczyć jednak należy z drugiej strony i to, że nieregularne zachowanie się ciepłoty w okresie ponapadowym, niczem niewytłómaczone jej poruszenia, niezjawienie się ciałek eozynochłonnych, utrzymywanie się lub ponowne zjawianie się bólów w kończynach i bólów głowy, nakazuje ostrożność ze względu na możliwość nawrotu.

Działania uboczne salwarsanu występują rzadko. W trzech przypadkach spostrzegłem w kilka godzin po wstrzyknięciu kilkakrotne wymioty; w innym przypadku uporczywe wymioty i biegunka utrzymywały się około 30 godzin, tak że chory jeszcze następnego dnia po wstrzyknięciu, w okresie już bezgorączkowym, wymiotował każdy podany mu pokarm i płyn, a uspokoił się dopiero trzeciego dnia.

Po przełomowym spadku ciepłoty są chorzy, jak już wspominałem, ogromnie osłabieni, niezdolni do żadnego ruchu, z tętnem miękkiem, tak że czasem zachodzi potrzeba podania środka skrzepiającego.

Innego leczenia poza opisanem w przypadkach moich nie stosowałem, jest ono zresztą w przypadkach niepowikłanych zbyteczne.

Piśmiennictwo. 1) Töpfer: M. m. W. 1916. Nr. 44. — 2) Töpfer: D. m. W. 1918. Nr. 9. — 3) Prussian: M. m. W. 1916. Nr. 10. — 4) Mayer: M. m. W. 1917. Nr. 2. — 5) Mayer: D. m. W. 1917. Nr. 39. — 6) Koch: D. m. W. 1917. Nr. 34. — 7) Koch: D. m. W. 1917. Nr. 45. — 8) v. Hösslin: M. m. W. 1917. Nr. 33. — 9) Löwy: Med. Kl. 1918. Nr. 3. — 10) Jochman: Lehrb. d. Infkr. 1914. — 11) Opis techniki wstrzykiwania neosalwars. Ztschr. f. ärztl. Fortbl. 1916. Nr. 4. — 12) Iversen: cyt. według Prussiana. — 13) Wiener: Arch. f. Schifs- u. Tropenhygiene, Bd. 21. 1917. cyt. według ref. W. kl. W. 1918. Nr. 14. Str. 404. — 14) Mühlners: Rückfallfieberspirochäten: Hb. der path. Mikroorg. 2. Aufl. 1913. — 15) Werner: M. m. W. 1918. Nr. 12. — 16) Claus Schilling: D. m. W. 1918. Nr. 2. — 17) Wiese: D. m. W. 1918. Nr. 3.

Z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiel. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. dr Jan Piltz)

W sprawie nerwic urazowych

przez

Dr E. Artwińskiego.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie dnia 24. IV. 1918 r.

Wyjątkowo obfity materyał, jakiego długotrwała wojna dostarczyła w nerwicach urazowych i ogromny wysiłek myśli, jaki obecnie włożono w ten temat, nie powinien bezowocnie przepaść dla dalszego postępowania z nerwicami i po wojnie, a doświadczenie wojenne może nie w jednym przypadku posłużyć, jako praktyczny wskaźnik dla racyonalnego postępowania w tej teoretycznie bardzo zawikłanej i trudnej, a społecznie niezmiernie ważnej i odpowiedzialnej dziedzinie.

Mimo rozbieżności poglądów teoretycznych, jaka w tej dziedzinie wciąż jeszcze panuje, bogate doświadczenie kliniczne pozwala już dziś na wyciągnięcie pewnych wniosków praktycznych i wskazówek dla postępowania w okresie powojennym. Mimo przeszło półwiekowego doświadczenia, nie mamy po dziś dzień jednolitej teoryi nerwic urazowych, a stanowiska, jakie zajęto pierwotnie, z licznemi oczywiście przekształceniami, znajdują zwolenników pośród spółczesnych klinicystów. Echa polemik między szkołą berlińską z jednej strony, a szkołą Charcota z drugiej, w okresie wojennym odezwały się na nowo, zmieniło się jedynie ugrupowanie sił i powstały stanowiska, pośrednie między kierunkiem, uważającym zjawiska pourazowe za odrębną jednostkę nozologiczną, a kierunkiem, identyfikującym te objawy z histeryą urazową (Charcot); mam tu na myśli poglądy Liepmanna i Strümpla.

W literaturze niemieckiej nerwica urazowa, jako odrębna jednostka nozologiczna, ma konsekwentnego obrońcę w osobie Oppenheima, który właśnie podczas wojny nietylko ukuł nowe zupełnie argumenty dla poparcia swego stanowiska co do nerwicy urazowej jako odrębnej jednostki, ale wystąpił z przypuszczeniem daleko sięgających zmian materyalnych w niektórych przypadkach nerwic urazowych. Ogromna jednak większość klinicystów niemieckich zajmuje inne stanowisko, niż Oppenheim, jak tego dowodzą liczne dyskusye, rozproszone po czasopismach neurologicznych i wynik rozpraw zjazdu monachijskiego z 1916 r. Jak powiedziałem wyżej, jest to rozbieżność czysto teoretyczna, w zagadnieniach praktycznych mimo wszystko większa panuje zgodność.

Niezmiernie charakterystycznym dla ducha czasu i poglądów, panujących wśród neurologów niemieckich, jest artykuł Nägelego, który porównując poglądy Oppenheima z przed 24 lat, z obecnemi, przechodząc oddzielnie różnorodne objawy, jako ostateczny wniosek tego bilansu podaje zasadniczą zmianę, jaka zaszła w jego poglądach na rokowanie nerwicy urazowej; z bardzo pesymistycznego mimo zachowania stanowiska teoretycznego stało się to rokowanie bezwarunkowo pomyślniejszem. Wynik ten śmiało można uogólnić na podstawie wojennego doświadczenia i przyjąć jako stałą zdobycz i dla okresu powojennego.

Jak wynika z doświadczeń tysięcy przypadków i dziesiątków zdań różnych klinicystów, rokowanie w nerwicach urazowych, odpowiednio leczonych, w przeważnej liczbie przypadków jest pomyślne.

Jest to zdobycz stała i wspólna rozbieżnych szkół. A jest to wniosek doniosłej wartości prognostycznej, bo nigdy może nie ujawniła się tak sugestyjna doniosłość rozpoznania i rokowania w cierpieniach czynnościowych, jak podczas wojny, kiedy niejednokrotnie ci sami chorzy, włóczący się miesiącami, a nieraz i latami, zdrowieli niewątpliwie z tą chwilą, kiedy dowiadywali się o zmianie rokowania i kiedy widzieli lekarza, nie wątpiącego w ich uzdrowienie. Przykładów takich widzieliśmy wiele i przypuszczam, że wiele klinik mogłoby potwierdzić słuszność tego spostrzeżenia.

Sposobów leczenia wypróbowano wiele, i to bardzo różnorodnych, ale chociaż wzbogacona została może technika różnych metod psychoteraupetycznych, to jednak nowych metod czasy wojenne nie dostarczyły. A więc zależnie od upodobań, poglądów i temperamentu leczono hypnozą, sugestyą, perswazyą, reedukacyą, izolacyą, faradyzacyą, a nawet długotrwałemi cieplemi kąpielami, z których chory mógł wyjść dopiero z chwilą, kiedy jawne objawy ustąpiły.

Ale i w tym kierunku mimo niezmiernie bogatej różnorodności metod, znowu pewna zdobycz pozostaje wspólną, że nie ta lub inna metoda leczy chorego, lecz osoba, indywidualność lekarza, gra rolę rozstrzygającą, a sposoby, jakich używa, są rzeczą wtórną i bardzo względną, z czego oczywiście nie wynika, by leczenia nie należało indywidualizować. Bez zastrzeżeń należy przyznać słuszność Strümplowi, że każdy z tych chorych wymaga psychoanalizy w szerokiem tego słowa znaczeniu.

Ze sprawą rokowania i jego sugestywnego działania w znaczeniu leczniczem wiąże się ściśle sprawa rent, pensyi dla inwalidów, i w tym też kierunku na podstawie doświadczenia wojennego zarysowuje się stanowisko jednolite, niezmiernie ostrożne i nie spieszące się z wydzielaniem rent, bo jak z wielu już stron podnoszono i o czem niejednokrotnie mieliśmy się sposobność przekonać na naszym materyale klinicznym, »pensyonowani neurotycy« są zazwyczaj najoporniejsi w leczeniu i stosunkowo nieznaczny odsetek nerwic urazowych, które nie zostały wyleczone, rekrutował się z »pensyonowanych neurotyków«, co nie jest prawdopodobnie wynikiem samego tylko przypadku.

Doświadczenie wojenne, poparte w tym kierunku statystyką Danii, Szwecyi i Szwajcaryi, gdzie z zaprowadzeniem jednorazowego odszkodowania bardzo znaczny procent (w Danii n. p. 96%) ludzi dotkniętych nerwicą urazową miał wyzdrowieć, (przytaczam według Domańskiego), stanowi znowu fundamentalną zdobycz dla przyszłego ustawodawstwa i postępowania lekarskiego w okresie powojennym. Zdobycz ta, uzyskana na podstawie doświadczenia klinicznego, doznała czynnego poparcia ze strony koncepcyi teoretycznych i analizy psychologicznej, jaką na tysiącach chorych przeprowadzono, i chociaż nie przyjęła się powszechnie myśl, jakoby takie lub inne pożądania (Begehrungsvorstellung) były jedynym powodem istnienia dłużej trwających nerwic urazowych w ogóle, to jednak przypuszczenie to ma głębokie uzasadnienie teoretyczne, a praktycznie wielką wartość i rozległe rozpowszechnienie. I nie ma dziś klinicysty, bez względu na szkołę, do której należy, któryby w mniejszym lub większym stopniu czynników tych nie uznawał.

Streszczając dotychczasowe wywody, możemy powiedzieć, że obojętną jest rzeczą, jaką metodą będziemy leczyć, ale lecząc bez wyniku, w pierwszym rzędzie błędu musimy szukać nie poza sobą, lecz w sobie.

Wielokrotnie też roztrząsano sprawę usposobienia do nerwicy urazowej. Najwięcej przekonującą będzie może odpowiedź Liepmanna, że zależnie od wielkości tej skazy neuropatycznej, będzie też zależne natężenie i czas trwania objawów pourazowych, dostatecznie jednak doświadczenie wojenne upewniło nas i w tem przekonaniu, które Hoche wypowiedział już w r. 1915, że każdy żołnierz na froncie przy odpowiednich przeżyciach »zdolny jest do objawów histerycznych«, co też można uogólnić

celem wyciągnięcia wniosków w tym kierunku i dla celów powojennych.

To byłyby już wszystkie wnioski, które, jak mi się zdaje, już dziś można wyciągnąć z doświadczenia wojennego celem zastosowania go dla możliwie racyonalnego postępowania z nerwicami i po wojnie. Rzeczą uboczną już jest, jaki uraz wywołuje nerwicę, bo i o tem też pamiętać musimy, że jakość urazu gra rolę bardzo małą dla mechaniki powstawania objawów pourazowych, przynajmniej po upływie pewnego przeciągu czasu od chwili urazu.

Widzimy, że jakkolwiek jakichś nowych prawd nie dała nam wojna w tym kierunku, to jednak należy podkreślić fakt, że wyniki te poparte są wielkim materyałem statystycznym, który nadaje im dużą wagę i pewność.

Przechodząc od wniosków, wysnutych z analiz i spostrzeżeń klinicznych, do wskazań praktycznych, które się już same przez się wyłaniają, jako ogólną wskazówkę dla dalszego postępowania podniósłbym, że każdy, zamierzający się ubiegać o rentę lub jednorazowe odszkodowanie, powinien być w specyalnie dla tych celów stworzonym zakładzie leczony i wyleczony. W razie zaś niepomyślnych wyników leczenia, lekarz, już dokładnie chorego znający, proponowałby dla niego wysokość przynależnej mu jednorazowej zapomogi, którąby chory jeszcze w zakładzie otrzymał. Jak z poprzednich uwag wynika, chorzy niewyleczeni powinni być nieliczni. Za jedynie racyonalne odszkodowanie może być uważana jednorazowa zapomoga; stałe pensye, utrwalające neurotyczne objawy, powinny być bezwarunkowo zniesione.

W. Cimbal proponuje dla tego rodzaju zakładów urządzenie w rodzaju małych kolonii psychiatrycznych na wsi, gdzie ewentualnie leczenie połączonoby z pracą na roli lub rzemiosłami. Koloniom tym nie należałoby jednak dawać nazwy zakładu psychiatrycznego. Nie możemy dziś już podzielać obaw tych lekarzy (Aschaffenburg, Domański, Schuster), którzy obawiali się nagromadzenia większej liczby neurotyków, przypuszczając, że ci mogliby na siebie nawzajem szkodliwie wpływać. Jest to teoretycznie obawa całkowicie uzasadniona, doświadczenie jednak dowiodło, że przy odpowiednim nastroju oddziaływanie to może się odbywać w kierunku wręcz przeciwnym. Na klinice naszej obserwowaliśmy niejednokrotnie nagłe »cudowne« uleczenie po przeniesieniu chorego na oddział, stworzony specyalnie dla leczenia nerwic urazowych (szczegóły w pracy prof. Piltza: »Przyczynek do nauki o tak zwanych nerwicach wojennych i ich leczeniu«).

Trzymanie ręki na tętnie oddziału jest już rzeczą jego kierownika, który zawsze może jednostki szkodliwe unieruchomić. Tego rodzaju rozwiązanie zagadnienia leczenia nerwic urazowych zabezpiecza w pierwszym rzędzie dobro chorych, którzy przy dotychczasowem wadliwem postępowaniu tworzyli liczne szeregi niezadowolonych, wiecznie skarżących się i, co najważniejsze, istotnie cierpiących, społecznie bezwartościowych jednostek.

Z punktu widzenia społecznego tego rodzaju postępowanie z tymi choremi byłoby i materyalnie dogodniejsze, gdyż przy stosunkowo nieznacznych kosztach leczenia uzyskiwałoby się z powrotem utraconą siłę roboczą, którą obecnie zazwyczaj tracimy i która zostaje przez cały ciąg życia w bilansie społecznym minusem.

Prócz znaczenia czysto indywidualnego, racyonalne traktowanie nerwic urazowych niewątpliwie i zapobiegawczo odegrałoby wielką rolę, gdyż znowu powołując się na doświadczenie wojenne, śmiało w tym kierunku możemy powiedzieć o doniosłem znaczeniu »zakazenia« psychicznego, jako czynnika, jeżeli już nie we właściwem tego słowa znaczeniu chorobotwórczego, to w wielkiej mierze sprzyjającego chorobie, długiemu trwaniu i sile objawów chorobowych. Niejednemu może z tych, którzy pamiętają te różnorodne i ciężkie objawy chorobowe, latami całemi trwające, wydadzą się niniejsze uwagi nieprzewidzianie optymistyczne, ale należy pamiętać o tem, że istnieją niejako czyste (pierwotne) formy nerwic i wtórne obrazy, zafałszowane, że tak powiem, sugestyą otoczenia, lekarzy i całego szeregu czynników, niedających się ściśle ująć, a wywołujących już tę grę pożądań, lęków i wyobrażeń, które właśnie nadają to swoiste piętno ciężkim zastarzałym przypadkom nerwic urazowych. Istotnym oczywiście jest obraz pierwotny i ten powinien kierować naszem postępowaniem, wtórny zaś już w znacznej mierze jest wynikiem naszego postępowania, gdyż zmiana stanowiska lekarskiego musi się też odbić na działaniu tych nieuchwytnych czynników, tkwiących w atmosferze społecznej, która tak doniosłą w tych stanach odgrywa rolę. Przez zmianę stosunku lekarskiego i ustawodawczego do nerwic urazowych wyklucza się prawie możność powstania tego rodzaju ciężkich (wtórnych) obrazów chorobowych. Wykluczyć oczywiście należy tych, którzy już przed urazem mieli takie lub inne ciężkie objawy funkcyonalne, gdyż w tych przypadkach, i to z trudem, możemy doprowadzić do »status quo ante«. Dokładne jednak wywiady prawie zawsze potrafią nas uchronić od przykrych i niespodziewanych rozczarowań, gdyż wykazanie ciężkiej neuropatyi lub też psychopatyi w wywiadach z czasów, poprzedzających uraz, zawsze zwróci naszą uwagę na zmianę rokowania na mniej lub więcej gorsze, zależnie oczywiście od istniejącej poprzednio skazy, która ze swej strony silnie musi wpływać na fałszowanie obrazu cechami, mającemi związek daleki albo żadnego nawet nie mającemi związku z urazem.

W stosunku do nerwic zastarzałych zgodnie z radą Aschaffenburga: z doświadczeniem w wojnie zdobytem będziemy ostrożni z ostatecznem orzeczeniem dla instytucyi o zapomodze orzekającej.

Garść tych uwag pragnąłbym poddać rozwadze tych, którzy będą rozstrzygać o polskiem ustawodawstwie.

Literaturę podaję w pracy o nerwicach po urazach obwodowych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 15. maja 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Członków obecnych 27.

Kol. prof. Wachholz zdał sprawę z postępów druku swego podręcznika medycyny sądowej, a następnie wygłosił odczyt p. t. **Samobójstwo, morderstwo, czy wypadek?** (Wejdzie jako oddzielne ustępy w skład podręcznika medycyny sądowej).

Dr Szancenbach, zastępca sekretarza dorocznego.

Posiedzenie dnia 29. maja 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 30.

I. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia okazy makroskopowe i preparaty mikroskopowe z następujących przypadków:

1) **Gruźlica mięśnia sercowego** u 10-letniego chłopca (S. N. 281. 1918), u którego prócz tego były tylko nieznaczne ogniska serowate w gruczołach chłonnych podszczękowych, oskrzelowych, przytchawicznych i krezkowych, oraz nieznaczne zmiany gruźlicze w stawie biodrowym prawym (caries sicca). Wielką osobliwością tego rzadkiego zresztą przypadku jest siedziba zmiany gruźliczej przedewszystkiem w przegrodzie międzykomorowej bez zajęcia przedsionków, oraz postać zmiany, występującej jako liczne drobne, tuż koło siebie leżące ogniska szarawe, z mikroskopowemi tylko gniazdami zserowacenia. Zazwyczaj bowiem szerzy się gruźlica na mięsień sercowy z sąsiedztwa, z gruczołów śródpiersia poprzez osierdzie w postaci guzów serowatych, znajdowanych najczęściej w ścianach przedsionków; w tym zaś przypadku zmian w osierdziu wcale niema, a gruczoły poblizkie nie są nawet z workiem osierdziowym zrosłe. Zmiana powstała zapewne drogą krwi, co jest tem szczególniejsze, że gruźlica niema skłonności do sadowienia się w tkance mięsnej. Dla porównania służyć może jeden z dwu przypadków, jakie się C. trafiły w ciągu lat 24, mianowicie

2) **gruźlica mięśnia sercowego** u 35-letniej kobiety (S. N. 596. 1899), u której były rozległe mnogie zmiany gruźlicze kości, ogólna gruźlica prosówkowa, zrosty i gruźlica guzowata osierdzia, skąd przechodziło jedno ognisko serowate na ścianę przedsionka prawego, zajmując całą jej grubość i wpuklając się do światła przedsionka w postaci guza wielkości jaja gołębiego.

3) Prawie zupełne **zarośnięcie lewej tętnicy Sylwiusza** i zstępującej gałęzi **lewej tętnicy wieńcowej serca** z następstwami w postaci rozległych zmian w lewej półkuli mózgowej (zbliznowacenie opon miękkich, zanik prawie całej kory, liczne torbiele) i wielkiej blizny w mięśniu przegrody międzykomorowej serca i części lewej komory oraz koniuszka, u mężczyzny 60-letniego

(S. N. 318, 1918). W innych częściach układu tętniczego były tylko nieznaczne zmiany miażdżycowe bez śladu zmian kiłowych (przypuszczanych za życia).

4. Kol. Beaurain przedstawił trzy przypadki **histerycznych skrzywień kręgosłupa** (scoliosis, lordosis i kyphosis) (Przypadki te będą ogłoszone drukiem).

5. Kol. Markowski wygłosił odczyt p. t.: **W sprawie opieki lekarskiej nad młodocianymi przestępcami** (będzie ogłoszone drukiem).

6. Kol. prof. Piltz mówił na temat: **Luźne uwagi na temat »Wojna a psychozy«, w szczególności w sprawie umysłowo chorych przestępców.**

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Wasserberg, Rogalski, Blassberg i prelegent.

Posiedzenie dnia 5 czerwca 1918.

Przewodniczy kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 15.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu kol. doc. Nowaczyński wygłosił wykład p. t.: **Polyserositis.** (Będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya: 1) Kol. prof. Lewkowicz nie uważa omawianej choroby za sprawę »sui generis«, za odrębną jednostkę chorobową, a raczej w najczęstszych przypadkach za pewną postać gruźlicy. Tem bardziej nie można mówić o jednostce chorobowej, że sprawa ta zdarza się i na tle innych zakażeń, jak n. p. w przebiegu gośćca.

2) Kol. prof. Krzyształowicz przypomina, że i dwoinki wiewiórowe mogą wywołać obraz kliniczny »polyserositis« z zajęciem błon surowiczych wielu stawów, osierdzia, opłucnej, a nawet otrzewnej.

3) Kol. Michałowicz: Wobec tego, że u pewnych osób wszystkie w przebiegu gruźlicy lub gośćca spotykane powikłania sadowią się na błonach surowiczych, należy zadać sobie pytanie, czy u danego chorego nie ma się do czynienia z jakiemś uszkodzeniem tych błon, względnie z jakiemś konstytucyonalnem usposobieniem do schorzeń błon surowiczych, analogicznie n. p. do konstytucyonalnego usposobienia do schorzeń błon śluzowych u dzieci. Rokowanie uważa mowca ze względu na najczęstsze tło gruźlicze za niedobre; leczniczo poleca przedewszystkiem leczenie ogólne w postaci leczenia dyetetycznego i helioterapii w górskim klimacie.

4) Kol. Blassberg: Każda jednostka chorobowa ma albo podstawę anatomiczną albo etyologiczną. W ostatnim czasie jest dążenie do oparcia naszych pojęć o chorobach o podstawę etyologiczną. Wobec niejednolitości etyologii przy polyserositis jest wątpliwem, czy sprawa ta utrzymać się zdoła jako jednostka chorobowa »sui generis.«

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos koledzy: prof. Lewkowicz (po raz drugi), Michałowicz (po raz drugi) i prelegent.

Dr Michejda, sekretarz doroczny.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

narost kostny, Osteophyt.
postawa pionowa, Orthose.
donarządowy, organotrop.
przysposabiacz, Opsonin.
małokrwinkowość, oligocythaemia.
moczenie nocne, nycturia.
popęd twórczy, nisus formativus.
nerwozwojak, neuroma ganglionare.
odnerwowy, neurogen.
rozstrój nerwowy, neurasthenia.
nerwowiec, nerwowo rozstrojony, neurasthenicus.
wszczepienie nerwu, Nervenplastik.
zmartwiać, nekrotisieren.
trupożerność, pochłanianie cząstek martwych, nekrophagia.
komórka trupożerna, Nekrophag.
rozstrzępienie komórek mięsnych (serca) zatrutne, myolysis cordis toxica.
serce przymięśniakowe, Myomherz.
śluzotok, myxorrhoea, hypersecretio mucosa.
odmięśniowy, pochodzenia mięśniowego, myogen.
przemienność, Mutationsfähigkeit.
mięśniowość, musculatura.
1) jednojądry 2) wnętr jednostronny, monorchis.
1) jednojądrość 2) wnętrostwo jednostronne, monorchidia, monorchismus.
1) jądra wnętrne, 2) wnętr, kryptorchis.
przekształtliwość, przekształcanie się, metaplasia, Umwandlungsfähigkeit.
nadtrwanie, metaphysis.
różnobarwienie, metachromasia.
przeróbczość, przetwórczość, metabolismus.
zatoka migdałka, Mandeltasche, lacuna amygdalae.
nacinanie migdałka, Mandelschlitzung.
długopalczastość, makrodactylia, Langfingrigkeit.
rozpuszczalnik, Lysin.
mięsakowatość limfatyczna, lymphosarcomatosis.
przekształcenie hodowlane, przemiana hodowlana, Umzüchtung.
substancya obronna, Abwehrkörper.
krętek węzłowaty, spirachaete nodosa. 17

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 9. X. uroczyste posiedzenie z powodu manifestu Rady Regencyjnej. Tegoż dnia odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie naukowe, na którem toczyły się rozprawy nad panującą obecnie nagminną grypą, które zagaili prof. Ciechanowski, prof. Nitsch i prof. Latkowski, przedstawiając wyniki badań anatomopatologicznych, bakteryologicznych i klinicznych. W dyskusyi przemawiało kilkunastu mowców.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 29. IX. i 5. X. posiedzenia, poświęcone rozprawom nad teraźniejszą epidemią grypy.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« wychodzi od października z powodu trudności wydawniczych tylko raz na miesiąc.

Redakcya otrzymała: Kopczyński: 1) Co samorządy miejskie dla spraw higieny szkolnej zrobiły, a co zrobić powinny. Warszawa 1918. — 2) Wskazówki do badań higieniczno-szkolnych (wydawn. Minist. zdrowia). Warszawa 1918. — Rzętkowski: Wytwórczość spożywcza Królestwa polskiego w stosunku do potrzeb jego ludności (odb. z Ekonomisty). 1918. — Biuletyn Dyrekcyi służby zdrowia publicznego Ministerstwa zdrowia. Nr. 2. Prof. Cieszyński: Praktische Winke (odb. z Öst.-ung. Viertelj. f. Zahnheilk. 1917). — Bogdanik: Leczenie sztucznem słońcem górskiem. Kraków 1918. — Cačković: Stan i zdravlje (Pučka sveučilišna predavanja. XIII). Zagreb 1918. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1914, 1915 i 1916. Warszawa 1918. — J. Jaworski: Zjazd w sprawie higieny miasteczek i wsi. — J. Jaworski i Rakiewicz: Znaczenie domów i przytułków dla rodzących w organizacyi położniczej (odb. Gaz. lek.) 1918. Janowski: Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych. (Odczyty kliniczne S. XXII. Z. 7—10) Warszawa 1918.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 413 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.






Grüner Sauerbr
KAISERWALD-BRUNNEN
Mineralquelle in Grün bei
Wyłączna sprzedaż
BRACIA ROLNICCY

Rok LVII. Kraków, 19. października 1918. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor: Prof. Dr Browicz).

Zmiany anatomiczne we współczesnej nagminnej grypie.

Podał

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Wykład w Towarzystwie lek. krak. 9. X. 1918).

Równolegle z gwałtownym wzrostem epidemii grypy w Krakowie wzrosła też nagle od połowy września b. r. liczba autopsyi grypowych w Zakładzie anatomii patologicznej. Pod koniec lata zdarzały się odosobnione jeszcze przypadki, natomiast od 16. IX. do 8. IX. 1918 wykonałem 38 sekcyi, w których obraz anatomiczny nie pozostawiał żadnej wątpliwości co do grypy. Oczywiście wliczam tu także te przypadki, w których za życia grypy nie rozpoznawano, nie wliczam zaś 4, w których rozpoznawano za życia grypę, w których jednak obraz anatomiczny, a poczęści i wynik badań bakteryologicznych zwłok przemawiał z wielkiem prawdopodobieństwem przeciw temu rozpoznaniu. W połowie sekcyonowanych przezemnie przypadków wykonał badania bakteryologiczne materyału ze zwłok prof. Nitsch, który osobno zda z nich sprawę. Z wyników jego badań muszę jednak wspomnieć o dwu szczegółach, mianowicie, że przyczyną najcięższych zmian i powikłań w przypadkach grypy są zakażenia paciorkowcowe wtórne, dodatkowe, dla których zarazek, działający pierwotnie, najprawdopodobniej prątek Pfeiffera, toruje tylko niejako drogi; powtóre, że w przypadkach tych paciorkowcowa mikrobica krwi (bacteriaemia) jest niezmiernie częstą i znaczną. Ogólna liczba przypadków, zbadanych przez nas obu anatomopatologicznie i bakteryologicznie, nie jest wielka, wystarcza ona jednak do wyrobienia sobie pod tym względem sądu o teraźniejszej grypie i jej powikłaniach, ponieważ zbiegiem okoliczności nasunęła się nam nie tylko większość tych różnych obrazów, jakie w teraźniejszej epidemii opisywali różni autorowie niemieccy, ale także szczegóły nowe, nie opisywane.

W przeciwieństwie do dawniejszych epidemii, w których w obrazie klinicznym i anatomicznym dominowały zmiany raz tych, raz innych narządów, odznacza się teraźniejsza epidemia tem, że występuje prawie wyłącznie w postaci oskrzelowopłucnej. Stwierdzają to zgodnie wszyscy badacze; również i w naszych przypadkach zmiany główne i pierwotne sadowiły się w narządzie oddechowym.

Spotykamy tu przedewszystkiem zapalenie błony śluzowej dróg oddechowych, a mianowicie zawsze i stale zapalenie tchawicy, oskrzeli i oskrzelków, rzadziej obok tego zapalenie krtani. Wprawdzie Dietrich utrzymuje, że w swoich 40 przypadkach nie widywał zapalenia krtani, przynajmniej jej części ponadwięzadłowej, a nawet uważa za szczegół znamienny, że w grypie spotyka się zmiany zapalne dopiero od więzadeł w dół; jednakże spostrzeżenia jego są odosobnione, a większość badaczy określa zmiany krtani jako częste, choć nie stałe. W naszych sekcyach były one 10 razy, t. j. w $^1/_4$ części wszystkich przypadków, a przedstawiały się zawsze jako ostry nieżyt. Niekiedy spotykałem obok tego obrzęk wejścia do krtani, niezbyt znaczny, o której to zmianie wspominają także Oberndorfer i Simmonds. Znaczniejsze stopnie tej zmiany mogłyby być przyczyną duszności. Nie spotkałem się natomiast ani razu ze zmianami krupowemi, które w teraźniejszej epidemii widywali w krtani w pojedynczych przypadkach Klemperer, Stettner, Gruber i Schädel, ani z głębszą martwicą, opisywaną i tutaj, jak w tchawicy, przez Schmorla, ani z owrzodzeniami, które w 3 przypadkach widział Goldschmid, ani wreszcie ze spostrzeganem wyjątkowo zapaleniem ochrząstnej (Simmonds, Gruber i Schädel).

Jak co do krtani, tak i co do gardła nie mogę potwierdzić spostrzeżeń Dietricha, a także Oberndorfera, którzy zmian w gardle nie widzieli. Zmiany te zdarzały się w naszym materyale, chociaż dość rzadko (7 razy); z mojemi zgadzają się w tym względzie spostrzeżenia Hessego i Grubera i Schädla. Spotykałem tu obraz miernego nieżytu; owrzodzeń na łukach, jakie czasem spotykali Gruber i Schädel, nie zauważyłem ani razu. Lekkie zapalenie miąższowe migdałów podniebiennych zauważyłem 3 razy, a raz tylko jeden zapalenie ropne mieszkowe, przyczem w lewym migdałku znalazł się w głębi ropień wielkości fasoli. Widocznie migdałki nie odgrywają większej roli w grypie, przynajmniej w tym okresie, w którym przypadki nasze dostały się na sekcyę. Z innych autorów wspominają wyraźnie, że nie widywali zapalenia migdałków: Oberndorfer (24 sekcye), Dietrich (40 sekcyi), Goldschmid (85 sekcyi).

Tak więc do obrazu grypy w badanych przezemnie okresach należy integralnie i stale dopiero zapalenie tchawicy, oskrzeli i ich rozgałęzień. Nie widziałem ani jednego przypadku, w którymby nie było zmian w tchawicy, a już przynajmniej w dolnej jej części; coprawda dwa czy trzy razy zmiany sięgały ledwo kilka centymetrów ponad klin podziałowy. Prawie zawsze był to obraz ostrego nieżytu, ale stopień zmian bywał bardzo rozmaity, od zmian zupełnie lekkich aż do nadzwyczajnego przekrwienia, rozległych nieraz wybroczyn i wywołanego naciekiem zapalnym zgrubienia błony śluzowej. W dwu przypadkach widziałem na bardzo znacznie przekrwionej i naciekłej błonie śluzowej jakby cienkie błonki szarawe, oddzielające się z trudnością i strzępkami, poczem ukazywała się powierzchnia błony śluzowej nierówna. Jestto ta postać zapalenia tchawicy i oskrzeli, która polega na niewielkim wysięku włóknikowym na powierzchni błony śluzowej i równoczesnej martwicy, sięgającej głębiej, zajmującej nawet błonę podśluzową. Postać tę, dawniej nieznaną i nie opisywaną w grypie, a wogóle znaną tylko jako następstwo działania gryzących gazów, opisują niemieccy badacze w teraźniejszej epidemii pod różnemi nazwami (diphtheritische, diphtheroide, nekrotisierende, verschorfende Tracheitis resp. Bronchitis). Jest ona poniekąd właściwością teraźniejszej epidemii, spotykano ją bowiem w różnych miejscowościach (Lubarsch w Berlinie, Oberndorfer w Monachium, Hesse w Halle, Schmorl w Dreźnie i t. d.), tylko z różną częstością. Niekiedy występuje ona najwybitniej na fałdach, wystających ku światłu; prof. Browicz zakomunikował mi ustnie, że w jednym przypadku, który sekcyonował z początkiem września, widział tę zmianę w postaci pasów nad każdym pierścieniem tchawicy; ja sam widziałem ją wzdłuż fałdów, przebiegających podłużnie w większych oskrzelach, przytem jednak były równoczeście i w stopniu znaczniejszym zwykłe zmiany krupowe. Te zwykłe krupowe zmiany spostrzegali w teraźniejszej epidemii prawie wszyscy badacze, niektórzy — podobnie jak ja — wyjątkowo, inni uderzająco często (Goldschmid we Frankfurcie n. M. 41 razy na 85 sekcyi). Zarówno jednak owe zmiany błonicowate, jak i zwykłe krupowe, widziałem w tchawicy i oskrzelach tylko przy równoczesnych

rozległych i ciężkich zmianach w drobniejszych oskrzelach i w płucach.

Ale ze zmian dróg oddechowych są ze względu na objawy kliniczne i następstwa najważniejsze zmiany drobnych i najdrobniejszych rozgałęzień oskrzelowych. W niewielu przypadkach zmiany te nie wykraczały poza zwykły nieżyt i wtedy nie były charakterystyczne. Natomiast mniejwięcej w $^3/_4$ przypadków (w 27 na 38) znajdowałem w drobnych i najdrobniejszych oskrzelkach obfitą, zwykle gęstą treść ropną, w 8 zaś przypadkach wysięk krupowy, prawie zupełnie zatykający światło; w takich przypadkach wysięk krupowy, wydalony do grubszych oskrzeli, leżał w nich nieraz obficie w postaci licznych, cienkich wałeczków, niejako odlewów oskrzeli drobniejszych. Z wyjątkiem jednego przypadku towarzyszyły tym zmianom zawsze zmiany w samym miąższu płucnym, jednakże zarówno ropne, jak i krupowe zapalenie oskrzelów spotykałem wtedy także w tych częściach płuc, gdzie w samym miąższu płucnym zmian nie było. Wnosić z tego można, że ropne, lub rzadsze krupowe zapalenie oskrzelków powstaje wcześniej od zmian zapalnych w samym miąższu płucnym. Dowodzi tego zresztą ów jeden przypadek bez zmian w samym miąższu płucnym, dotyczący 5-letniego dziecka, wyniszczonego poprzednim nieżytem jelit i przebywanym krztuścem, a zmarłego z dołączającej się grypy już w piątym dniu choroby. Takie ropne zapalenie oskrzelków jest w obrazie anatomicznym już poniekąd charakterystyczne: kropelki gęstej ropy, wydobywające się z przeciętych oskrzelków we wszystkich częściach płuc, a po ich spłukaniu silnie różowe przekroje oskrzelków, odbijające od bladego miąższu płucnego, to obraz, w innych chorobach niespotykany. Gęsta treść ropna lub odlewy włóknikowe, zatykające światło mnóstwa oskrzelków, są też zapewne podstawą napadów asfiktycznych, zdarzających się podobno w przebiegu ciężkiej grypy, gdy jeszcze niema przedmiotowych objawów zmian w płucach — a może i przyczyną zejścia śmiertelnego w niektórych przypadkach, jak to przypuszcza również Lubarsch.

Z oskrzelków zapalenie przechodzi bardzo rychło na otaczający miąższ płucny, w którym tworzą się najczęściej bardzo liczne, zrazu drobne ogniska okołooskrzelowe. Nie zawsze jednak są grypowe zapalenia płuc zapaleniami drobnoogniskowemi. Zdarzają się i postacie, zajmujące jednostajnie całe płaty lub znaczną część płatu, jak zwykłe zapalenia krupowe. A nawet niezbyt rzadko nie różnią się takie płatowe zapalenia od typowego zapalenia krupowego, którego tu opisywać niema potrzeby, a które widziałem w 9 przypadkach. Przynależność ich do obrazu grypy tem tylko się da udowodnić, że w tymże samym przypadku, często w temsamem płucu, a nawet w innej części tego samego płatu znajdują się ogniska zapalne innego rodzaju, właściwe grypie. W drugiej jednak części przypadków płatowego zapalenia płuc grypowego stwierdzić można pewne dość znamienne różnice od obrazu zwykłego zapalenia płatowego włóknikowego. Polegają one na trzech cechach, właściwych grypie płucnej, czy też — ściślej mówiąc — płucnym powikłaniom grypy, i usprawiedliwiającym rozpoznawanie jej już z obrazu anatomicznego, o ile można wyłączyć dżumę płucną, do której największe tu jest podobieństwo. Temi cechami są w teraźniejszej epidemii przedewszystkiem niezwykła skłonność do wybroczyn, dalej skłonność do ropienia, wreszcie mały udział włóknika w wysięku zapalnym. I tak często wśród zwątrobiałej części widać dość nieregularnie rozrzucone ciemno-krwawoczerwone plamy, zwykle stopniowo przechodzące w jaśniej czerwono lub szarawoczerwono zabarwione otoczenie. Mikroskopowo stwierdza się w tych właśnie miejscach w wysięku, wypełniającym pęcherzyki, bardzo liczne krwinki czerwone, przeważające liczebnie nad innymi składnikami. Wogóle zaś w grypowych zapaleniach płuc wykrywa mikroskop często znacznie większy udział krwinek czerwonych w wysięku, niżby sądzić można według badania gołem okiem. Kiedyindziej znów wśród zwątrobiałego miąższu rozsiane są plamki żółtawe, w których obrębie miąższ jest miększy i zalewa się ropą, albo też wprost drobne ropnie. Częściej jednak zdarza się widzieć w płacie, uległym zwątrobieniu czerwonemu, w częściach podopłucnych jedno, dwa, rzadko więcej ognisk wybitnie żółtych, dochodzących rozmiarów orzecha włoskiego, kształtem i położeniem przypominających zawały i podobnie jak one ostro od sąsiedztwa odgraniczonych; takie ogniska znajdują się w różnych okresach zropienia, błona opłucna ponad niemi zwykle ulega już na ostro ograniczonej przestrzeni martwicy, a w jamie opłucnej znajduje się zwykle już obfitszy płynny wysięk, często ropny. Takie rożne postacie ropienia w zapaleniach płatowych widziałem w 8 przypadkach. Niekiedy wreszcie zapalenie, zajmujące cały płat, lub część jego znaczną, odznacza się uderzająco wiotkim naciekiem; płuco jest szczególnie wiotkie, jak śledziona w durze, przekrój gładki bez śladu ziarnistości, barwy brunatnawoczerwonej, zalewa się bardzo obficie cieczą mętną, gęstą, brunatnawo lub czekoladowo czerwoną; mikroskop stwierdza wtedy obok znacznej ilości ciałek czerwonych bardzo mały udział włóknika w wysięku, albo też wcale nie wykrywa włóknika. Tę postać widziałem tylko 3 razy. Wspomnieć wreszcie należy o jednym przypadku, w którym mazisty, jakby śluzowy wysięk przypominał zapalenie płuc na tle prątków Friedländera; jednakże badanie bakteryologiczne prątków tych w tym przypadku nie wykryło.

Jest jeszcze jedna postać zapalenia płuc, spotykana w grypie, niekiedy występująca ogniskowo, ale niekiedy zajmująca całe płaty i dlatego o niej wspominam tutaj. Widziałem ją 4-krotnie. W przypadkach tych płuco ma na przekroju zabarwienie marmurkowate; na tle zwykle czerwonem lub ciemnoczerwonem widać smugi żółtawe lub szarawożółte, cienkie, a dzielące płuco czasem jakby na zraziki. W opłucnej widać wtedy nieraz całą siatkę naczyń limfatycznych, jakby sztucznie nastrzykanych, a wypełnionych wysiękiem ropnym. Niekiedy w miejscu żółtych smug w miąższu można już gołem okiem napewno rozeznać ropienie, a nawet powstają szczeliny, wypełnione ropą i oddzielające całe odcinki miąższu nakształt sekwestrów. Jestto zatem obraz rzadko spotykanego zapalenia ropnego międzyzrazikowego (pneumonia dissecans), powstającego przez naciek ropny tkanki międzyzrazikowej i szerzenie się ropienia drogą naczyń chłonnych. Sprawa ta może wyjść od oskrzeli, do czego w toku ropnego ich grypowego zapalenia są warunki szczególnie korzystne. Podobno przypomina ona obraz anatomiczny zarazy płucnej u koni, o czem nie mogę sądzić, gdyż tej zarazy nie miałem sposobności badać.

Najpewniej przez takie zapalenie międzyzrazikowe, rozwijające się ogniskowo, powstają opisywane teraz przez niektórych autorów niemieckich (n. p. Oberndorfera), jako coś nowego, ogniska zawałowate, wybroczynowe, ropieniem oddzielone od sąsiedztwa, przyczem w doprowadzającej tętniczce niema zatoru, ani wogóle nigdzie w ustroju materyału zatorowego. Takie ognisko widziałem w jednym przypadku. Kształt tych ognisk, jak również zawałowatych nacieków ropnych wśród miąższu zwątrobiałego, nasunął Oberndorferowi myśl, że zależą one od naczyń, zwłaszcza że w 2 przypadkach znalazł on naciek ropny w ścianach tętnic płucnych (coprawda d u ż y c h, u wnęki płuca); popiera go w tem Simmonds, stwierdzając rychłe przechodzenie nacieku ropnego na ściany naczyń, ale m n i e j s z y c h; natomiast Goldschmid sądzi, że zawałowaty kształt nacieków ropnych równie dobrze da się wytłómaczyć w związku z rozgałęzieniami oskrzeli.

Daleko częstsze, a dla zapaleń grypowych jeszcze znamienniejsze są postacie ogniskowe. I tu, jak w postaciach płatowych, spotykałem zwyczajne, banalne obrazy zapalenia nieżytowego lub złuszczającego (9 razy), albo też włóknikowego (8 razy), przyczem w tych samych przypadkach inne szczegóły dozwalały stwierdzić przynależność takich obrazów do grypy. A l e n a p i e r w s z y p l a n w y s u w a ł y s i ę w ś r ó d s p r a w o g n i s k o w y c h z a p a l e n i a w y b r o c z y n o w e (18 razy), s t a n o w i ą c e n i e z m i e r n i e z n a m i e n n y s z c z e g ó ł a n a t o m i c z n y, o r a z r o p n e (19 razy). W zapaleniach wybroczynowych widzi się wśród miąższu, mniej lub więcej obrzękłego, niekiedy dość bladego, niejednostajnie rozsiane ogniska bardzo nieregularnego kształtu, bardzo rozmaitej wielkości, nieraz nawet jaja kurzego, makroskopowo, ale nieraz i mikroskopowo mało różniące się od zwykłych ognisk krwotocznych, bardzo ciemnoczerwone, twarde. Ogniska te sadowią się zwykle koło oskrzelków, w których wtedy nieraz znajduje się ropa. Sprawy ropne zdarza się widzieć najczęściej w środku ognisk zapalnych włóknikowych, to znów nieżytowych, a niekiedy i wybroczynowych. Najczęściej spotyka się gniazdo takich w środku zropiałych ognisk w jednem tylko lub dwu miejscach jednego z płatów, częściej w pobliżu lub też pod opłucną, ale niekiedy i bliżej wnęki; w ostatnich kilku sekcyach widziałem jednak mnóstwo gniazd ropni, porozrzucanych po wszystkich częściach płuc, zwłaszcza płatów dolnych. Ropnie są zwykle drobne, widywałem już jednak i takie, które miały rozmiar orzecha włoskiego. Jeżeli leżą w sąsiedztwie opłucnej, to ulega ona martwicy, a w jamie opłucnej spotyka się często wtedy obfitszy wysięk płynny, często ropny.

Te właśnie ogniskowe zapalenia wybroczynowe i ropne (nadające pewnej części przypadków w teraźniejszej epidemii niejakie podobieństwo morfologiczne do dżumy płucnej, z którą zresztą nie mają one nic wspólnego), tworzą obraz szczególny i odrębny, jakiego wogóle dotąd na sekcyach nie spotykałem.

W jednym wreszcie przypadku obok ropni widziałem jamki zgorzelinowe wśród ognisk zapalnych włóknikowych, czego, jak się zdaje, dotąd w grypie nie opisywano, co natomiast zdarzać się ma w dżumie.

W bardzo znacznej większości sekcyonowanych przezemnie przypadków łączyły się różne postacie zmian płucnych ze sobą, i to bądź w ten sposób, że w jednym płacie lub w jednem płucu była postać inna, a w drugim inna, bądź nawet w jednym i tymsamym płacie były zmiany rozmaitego rodzaju. Przez to jest anatomiczny obraz grypy płucnej nadzwyczaj urozmaicony i już to samo poniekąd jest jego znamieniem i pozwala go od innych odróżnić.

Zdaje się, że i w teraźniejszej epidemii w różnych miejscowościach są pewne różnice w częstości poszczególnych postaci zmian płucnych. Dla przykładu tylko wspomnę, że Goldschmid w połowie przypadków widział postać płatową (40 na 85), gdy inni znacznie rzadziej, że Pfreimbter (według pracy Hirschbrucha) spotykał ropną tylko w 9%, a Goldschmid podaje, że ropną zawsze, a natomiast nigdy wyraźnie krwotocznej, Schöppler przeciwnie krwotoczną — często i t. d. Ponieważ i co do innych zmian (n. p. w mózgu) są wyraźne różnice między miejscowościami, jak również między epidemią teraźniejszą, a wielką poprzednią z lat 1889—1892 (Schmorl), przeto nie jest to prawdopodobnie zbieg przypadkowy, ale albo wyraz różnych odmian zarazków, albo różnic w czynnikach współdziałających w rozwoju choroby (różne w różnych miejscowościach wpływy atmosferyczne, pył i t. p.).

Jeszcze jeden szczegół o płucach wydaje mi się godny uwagi, mianowicie, które płuco i które części płuc ulegają zmianom częściej i poważniej, gdyż niektórzy klinicyści niemieccy szukają w tem szczegółów różniczkoworozpoznawczych. Otóż w tym okresie, w którym nasze przypadki dostały się na stół sekcyjny, były we wszystkich bez wyjątku zajęte sprawą zapalną oba płuca. Co do częstości zmian rozleglejszych również prawie niema między obu płucami różnicy, gdyż większe zmiany były w prawem 18, w lewem 16 razy. Najwięcej zmienione lub wyłącznie zmienione bywały płaty dolne.

Z miejscowych następstw zapaleń grypowych płuc ważne jest przedewszystkiem zapalenie opłucnej. Towarzyszy ono grypowym zapaleniom płuc bardzo często, małe stopnie zapalenia prawie zawsze. W stopniu znaczniejszym widziałem je 29 razy, z czego tylko 5 razy jako zapalenie czysto włóknikowe, klinicznie »suche«, zresztą zaś zawsze jako zapalenie z wysiękiem płynnym, i to najczęściej ropnym lub włóknikoworopnym. Skoro tylko opłucna w sąsiedztwie ropni płucnych ulega martwicy, zaraz gromadzić się poczyna w opłucnej wysięk ropny, czasem zabarwiony brunatnawo lub gliniasto wskutek krwawej domieszki, jeżeli, jak to często bywa, powstaną w opłucnej wybroczyny albo nawet rozległe krwawe podbiegnięcia. Taki »gliniasty« wysięk, na który klinicyści kładą pewien nacisk, był jednak wybitny tylko w 4 z naszych przypadków.

Zasługuje na uwagę, że jak zapalenia płuc, tak i zapalenia opłucnej nie odznaczają się przewagą jednej strony; 16 razy na 29 widziałem je po obu stronach, 13 razy po jednej; wyłączne lub znaczniejsze zmiany w lewej jamie opłucnej 14 razy, w prawej 15 razy, a więc prawie równie często.

Drogą naczyń chłonnych oddziaływa zarazek na gruczoły chłonne oskrzelowe i śródpiersiowe. Mniejwięcej w połowie przypadków przedstawiają one znany obraz obrzęku ostrego, żaden jednak z autorów nie wspomina o ich zropieniu, jak to miałem sposobność spostrzegać w jednym przypadku, który łącznie z obrazem zmian w płucach tem więcej przypominał dżumę. Jeżeli ropnie w płucach usadowią się w pobliżu wnęki, to może się rozwinąć zapalenie ropne śródpiersia, które dwukrotnie widział Schöppler; mnie się taki przypadek nie nasunął i nikt inny o tem nie wspomina. Oberndorfer wspomina o spotykanym obrzęku gruczołów pachowych; mnie się to dotychczas nie nasunęło.

Z opłucnej lewej szerzy się zapalenie niekiedy na osierdzie; w naszym materyale widziałem tu tylko 3 razy zapalenie surowiczowłóknikowe, ropnego ani razu. Inni autorowie widywali je zdaje się częściej (n. p. Simmonds 3 razy na 28 sekcyi).

Oddziaływanie zakażenia na odległe narządy objawia się w teraźniejszej epidemii w Niemczech przedewszystkiem działaniem na naczynia, skłonnością do obfitych i rozległych wybroczyn, a to (nie mówiąc już o płucach) przedewszystkiem błon surowiczych, opłucnych, osierdzia, niekiedy otrzewnej, a następnie mózgowia. Pojawianie się mnogich drobnych wybroczynek w mózgu (t. zw. »purpura cerebri«), a niekiedy wybroczynowego zapalenia mózgu ma być według spostrzeżeń Schmorla szczególną właściwością teraźniejszej epidemii w Dreznie, z poprzedniej epidemii w r. 1889 nie znaną. Schmorl widział tę »plamicę mózgu« 15 razy na 50 sekcyi, a ona to zapewne jest najczęstszą anatomiczną podstawą ciężkich postaci »nerwowych« grypy. Rzecz godna uwagi, że spostrzeżenia w innych miastach niemieckich w tegorocznej epidemii nie zgadzają się pod tym względem ze spostrzeżeniami Schmorla. Wybroczyny mózgu widywał Oberndorfer tylko wyjątkowo, Schöppler tylko raz, Dietrich 3 razy na 40 sekcyi, Gruber i Schädel raz tylko widzieli zapalenie wybroczynowe mózgu, a owej plamicy mózgu ani razu. Ja nie widziałem jej także ani razu, nie śmiem jednak twierdzić, aby jej w krakowskiej epidemii nie bywało, a to dlatego, ponieważ nie miałem sposobności wykonać sekcyi przypadków ostrej psychozy pogrypowej, jakie się i u nas zdarzają. Również różni się nasz materyał od spostrzeżeń w innych miejscowościach co do częstości wybroczyn w błonach surowiczych, jak osierdzia, które n. p. Simmonds w Hamburgu widywał bardzo często, a ja spotkałem tylko kilka razy, nieliczne i drobne. Opisywane przez Lubarscha i Simmondsa wybroczyny w błonie śluzowej miedniczek i kieliszków nerkowych widziałem tylko 2 razy.

Ropienia przerzutowego w odleglejszych od płuc narządach nie widziałem ani razu, a jak się zdaje, jest ono wogóle rzadkie; o przerzutowem zapaleniu opon wspomina w jednym przypadku Bergmann, w jednym Goldschmid (na 85 sekcyi), w 2 Gruber i Schädel. Selter widział raz (na 5 sekcyi) drobne ropnie w mięśniach szyi i klatki piersiowej, coby mogło przypominać obraz, spotykany w nosaciźnie.

Ciekawem zagadnieniem jest wpływ na macicę ciężarną, a to dlatego, że wydaje się, jakby on różnił się w różnych miejscowościach. I tak Goldschmid wśród swoich 85 przypadków miał 5, w których w toku grypy było poronienie lub poród przedwczesny i 3 z połogowem zapaleniem macicy. Natomiast wśród naszych sekcyi było 2 ciężarne, u których ciąża mimo bardzo ciężkich zmian grypowych nie uległa przerwaniu, a 2 przypadki ciąży przerwanej, ale bez śladów zapalenia połogowego macicy.

Zgodnie z tem, że w teraźniejszej epidemii prawie nie spostrzegano klinicznie postaci żołądkowojelitowej, nie spotyka się i na sekcyach zmian w narządzie pokarmowym. Tylko Simmonds stwierdził raz w żołądku zapalenie zestrupiające (dyfterytyczne).

Pozostaje wspomnieć jeszcze o zmianach, wspólnych wielu chorobom zakaźnym ostrym, to jest o zwyrodnieniach mięśni, wątroby, o zmianach nerek i śledziony. Mniej więcej w jednej trzeciej części moich przypadków nie było w mięśniu sercowym, wątrobie, ani w nerkach żadnych zwyrodnień; we wszystkich innych przypadkach można było gołem okiem rozpoznać zwyrodnienia miąższowe, najczęściej w mięśniu sercowym (23 razy), rzadziej w wątrobie i w nerkach. Stłuszczenia mięśnia sercowego nie widziałem ani razu, co potwierdziła kontrola mikroskopowa wątpliwych przypadków; z innych autorów Schöppler spotykał je, jak twierdzi, zawsze, Goldschmid przeciwnie prawie nigdy (raz na 85 sekcyi). W dwu naszych przypadkach już przy sekcyi można było przypuszczać fragmentacyę mięśnia sercowego; kontrola mikroskopowa wykryła nierozległą fragmentacyę jeszcze w kilku przypadkach. Stłuszczenie wątroby stwierdziłem przy sekcyi 3 razy. W nerkach 3 razy znalazłem znamiona makroskopowe ostrego zapalenia, mikroskop wykazuje je częściej, ale w nieznacznym stopniu.

Nie spotykanem dawniej w grypie zjawiskiem jest zmiana woskowa (necrosis cerea) mięśni prostych brzucha, takasama, jaka bywa w durze brzusznym i t. p.; Schmorl widział ją 7 razy wśród 50 sekcyi, i to zawsze w tych przypadkach, w których znalazł wybroczynki w mózgu. Tę zmianę w stopniu wybitnym spotkałem 3 razy, dwukrotnie z pęknięciem mięśni i krwotokiem do ich pochewki; kilkakrotnie zmiana była makroskopowo lekko tylko zaznaczona i dopiero mikroskop ją napewno stwierdzał. Częstsze bywało wyraźne przyćmienie mięśni tułowia i kończyn, świadczące o ich zwyrodnieniu miąższowem.

Stan śledziony opisują różni autorowie bardzo różnie. Oberndorfer znajdował zawsze ostry obrzęk, Simmonds i Goldschmid znajdowali zawsze lekki stopień obrzęku. Schöppler i Dietrich podają, że niekiedy niema obrzęku śledziony, Hesse i Selter określają go jako nieznaczny. Wśród naszych 38 sekcyi nie było zupełnie obrzęku śledziony w 12 przypadkach, a więc w jednej trzeciej; w 26 był wyraźny obrzęk, jednakże nigdy nie dochodził wysokich stopni, zaledwo kilka razy była śledziona powiększona w dwójnasób, raz jeden tylko widziałem ten rodzaj obrzęku, jaki spotyka się w ciężkim durze, w tym też przypadku było na torebce śledziony i na sąsiedniej otrzewnej lekkie włóknikowe zapalenie.

Nie mogę potwierdzić spostrzeżeń, jakoby stale brakowało lipoidów w korze nadnercza; wyraźny ich brak stwierdziłem tylko 7 razy, wyraźną obecność (i to bez zmniejszenia ilości) w 11 przypadkach, co potwierdziło badanie w świetle spolaryzowanem. Dietrich dwukrotnie widział w nadnerczach wybroczyny: mnie się taki przypadek nie nasunął.

Cały obraz sekcyjny śmiertelnych przypadków grypy streszcza się więc w ciężkich miejscowych zmianach zapalnych narządu oddechowego z wybitną skłonnością do zapaleń wybroczynowych i do ropienia (które są niezmiernie znamienne), w wywoływaniu pewnego rodzaju skazy krwotocznej, wreszcie w oddziaływaniu na cały ustrój w tensam sposób, jak inne ciężkie ostre choroby zakaźne. Zejście śmiertelne w niektórych przypadkach może zależeć bezpośrednio od zmian miejscowych (bronchiolitis fibrinosa, purulenta, oedema glottidis, rozległe zapalenie płuc i obustronny wysięk opłucny), najczęściej jednak jest wynikiem ciężkości zakażenia, skutkiem paciorkowcowej mikrobicy krwi.

O stosunku obrazu anatomicznego do długości choroby mogą na zasadzie dat, udzielonych mi łaskawie przez oddziały szpitalne powiedzieć, że już nawet po 5-dniowym przebiegu spotyka się w płucach bardzo rozległe i daleko posunięte zmiany zapalne, tak wybroczynowe, jak i ropne, i zapalenia ropne opłucnej. Z sekcyonowanych przezemnie najdłużej trwała choroba dni 17.

We wszystkich publikacyach o tegorocznej epidemii grypy uderza młody wiek chorych i zmarłych z ciężkiej grypy, czy też jej powikłań (Lubarsch miał tylko jeden przypadek ponad 30 r. ż. na 14 sekcyi, Schmorl tylko 5 ponad 27 r. ż. na 50 sekcyi, toż samo podkreślają bez bliższych cyfr Oberndorfer, Schöppler, Gruber i Schädel, Goldschmid). Niektórzy podnoszą, że ciężkie formy grypy i śmierć z niej nie zdarza się wcale u dzieci. Najlepsze wyjaśnienie co do tych stosunków w Krakowie będzie mogła dać statystyka śmiertelności miejskiego Urzędu zdrowia; przypadków sekcyjnych jest za mało, mają one znów jednak tę wielką wartość, jaką ma kontrola anatomiczna. Otóż z naszych sekcyi wynika naprzód, że grypa nierzadko kończy się śmiercią u dzieci (4 poniżej lat 10, z tego u dwojga nie rozpoznawano za życia grypy); dalej, i w naszym materyale znacznie przeważa wiek młodszy, bo od 10—30 r. ż. było 16 zmarłych, a od 30—40 r. ż. 7, ale 4 liczyło ponad 40, a 3 nawet ponad 50 lat (najstarsza 60 lat).

Przyczyny znacznej śmiertelności ludzi młodszych upatrywał Dietrich, który zebrał materyał w szpitalu polowym, w różnych ciężkich zranieniach i schorzeniach (zimnica i t. d.), poprzedzających grypę. Wniosek był zupełnie błędny, wynikał z jednostronnego materyału; wszyscy inni autorowie bowiem stwierdzali w swoich sekcyach najczęściej brak jakichkolwiek innych cięższych zmian lub śladów przebytych chorób, któreby mogły usposobić do ciężkiego przebiegu grypy i niekorzystnego jej zejścia. Mogę to najzupełniej potwierdzić. Na naszych 38 sekcyi znalazło się tylko 17 przypadków z poprzedniemi zmianami, mogącemi na przebieg grypy wpłynąć (3 nieznaczna gruźlica szczytów, 1 wada serca wyrównana, 1 nieznaczna marskość wątroby, 2 płonica, 1 krztusiec, 1 kiła II, 2 poronienia, 2 ciąże, wreszcie 2 razy rozleglejsze, a 3 razy niewielkie zrosty opłucne). We wszystkich innych można było określić stan ustroju poza grypą i jej następstwami, jako zupełnie prawidłowy, przyczem, co wyraźnie zaznaczam, było odżywienie w 20 przypadkach dobre lub nawet bardzo dobre i nie mogło być mowy o szkodliwym wpływie niedożywiania się, a w 7 innych było odżywienie przynajmniej mierne.

Tę osobliwą wrażliwość wieku młodego poniżej lat 30 próbował Oberndorfer tłomaczyć usposobieniem konstytucyonalnem, a mianowicie stanem grasiczno-limfatycznym, rozpoznając go w swych przypadkach często według wielkości grasicy, silnego rozwoju pierścienia limfatycznego gardła, grudek chłonnych w jelitach i grudek śledzionowych. Zwracałem na to szczególną uwagę i nie mogę spostrzeżeń Oberndorfera wcale potwierdzić. Według cech, przyjętych przez Oberndorfera, mógłbym rozpoznawać lżejsze stopnie stanu grasicznolimfatycznego ledwo w 6 przypadkach. Również nie mogli potwierdzić spostrzeżeń Oberndorfera ani Dietrich, ani Gruber i Schädel, ani Goldschmid, który specyalnie w tym celu ważył w swoich 85 przypadkach grasicę.

Nie pozostaje więc nic innego, jak przyłączyć się do przypuszczenia, wypowiedzianego przez większość klinicystów i patologów, iż szczególną częstość grypy, zwłaszcza ciężkiej i śmiertelnej, wśród młodszego pokolenia tłomaczyć należy naturalnem uodpornieniem starszych pokoleń, które przeszły już wielką epidemię w r. 1899/1892.

Piśmiennictwo: 1) Bergmann: D. m. W. 1918. 34. — 2) Dietrich: M. w. W. 1918. 34. — 3) Goldschmid: M. m. W. 1918. 40. — 4) Gruber i Schädel: M. m. W. 1918. 33. — 5) Hesse: M. m. W. 1918. 30. — 6) Hirschbruch: D. m. W. 1918. 34. — 7) Klemperer: W. kl. W. 1918. 34. — 8) Leichtenstern: D. m. W. 1890. — 9) Lubarsch: Ver. Ges. Berlins. D. m. W. 1918. 33, tamże w dyskusyi Benda, Strassmann. — 10) Meyer i Bernhardt: B. kl. W. 1918. 33. — 11) Nauwerck: D. m. W. 1895. — 12) Oberndorfer: M. m. W. 1918. 30. — 13) Paltauf: W. kl. W. 1899. — 14) Ribbert: D. m. W. 1890. 4. — 15) Selter: D. m. W. 1918. 34. — 16) Schöppler: M. m. W. 1918. 32. — 17) Simmonds, tamże. — 18) Stettner, tamże. — 19) Schmorl: D. m. W. 1918. 34.

Z oddziału II. chorób wewnętrznych szpitala powszechnego we Lwowie.

O obrazie klinicznym grypy hiszpańskiej.

Podał

Prof. Dr R. Rencki.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu lwowskiego Tow. lek. 5. X. 1918).

Z wiosną b. r., jak doniosły dzienniki, wybuchła w Hiszpanii epidemia grypy, która, szybko się szerząc, posuwa się ku wschodowi i pod obrazem wielkiej pandemii zatacza coraz dalsze kręgi w Europie. W Niemczech pierwsze przypadki zachorowań stwierdzono w początku czerwca, zrazu sporadyczne, z końcem miesiąca epidemia szerzy się już gwałtownie po miastach i wsiach i przedostaje się do krajów austryackich. Spostrzeżenia lekarskie donoszą zgodnie, że schorzenie obecne występuje wśród jednych i tych samych objawów chorobowych, które mają znaczne podobieństwo do obrazu grypy z wielkiej epidemii 1889/90. Podkreślają, że chorobie tej podlegają przeważnie ludzie młodsi, a przebieg jej bywa szybki i naogół łagodny, tak że większość chorych leczy się w domu, rzadko szukając pomocy w szpitalach.

Pierwsze przypadki grypy we Lwowie spostrzegałem dopiero w pierwszych dniach lipca; pojawiły się one w tutejszym szpitalu powszechnym najpierw na oddziale chorób nerwowych, na którym służba szpitalna, później siostry i personal lekarski ulegli schorzeniu. Znamiennem jest, że pomimo sprzyjających warunków, wynikłych z bardzo dużego ruchu chorych w szpitalu, ciągłego stykania się poszczególnych oddziałów, epidemia nie obejmuje odrazu całego szpitala, lecz dość wolno przenosi się z oddziału na oddział. W miesiąc później występuje na oddziale wewnętrznym II, we wrześniu kilka przypadków na żeńskim oddziale chorób skórnych; na innych występuje sporadycznie, a obecnie od czasu do czasu pojawiają się schorzenia wśród personalu szpitalnego lub odosobnione zakażenia na salach chorych. Stwierdziliśmy, że zakażenie chorych, leżących na przepełnionych salach, przenosiło się stosunkowo w bardzo małym procencie z osoby na osobę, i to przeważnie, jak tu podnieść musimy, dotykało osoby młodsze.

Obecnie epidemia grypy szerzy się coraz gwałtowniej; we Lwowie i w powiecie lwowskim stale wzmaga się liczba zachorowań; zdaje się, że epidemia w ostatnich tygodniach dobiega swego szczytu, bo napływ do szpitala chorych, dotkniętych grypą, który dotąd znacznie się zwiększał, od kilku dni okazuje mały spadek. Wśród zgłaszających się przypadków uderza przedewszystkiem częstość powikłań ze strony narządu oddechowego, a nadto niezwykle ciężki ich przebieg.

Niepodobna mi dziś dać skończony obraz kliniczny panującej obecnie grypy, gdyż na obraz ten złożyć się muszą zbiorowe spostrzeżenia, oparte na rozmaitym i liczniejszym materyale. Inne postacie chorobowe spostrzegają lekarze praktycy, postacie o łagodniejszym przebiegu, które nie tak często zgłaszają się do szpitala, inne znowu postacie, ciężkie i zaniedbane, gromadzą kliniki i szpitale, które pozwalają nadto na równie ważne spotrzeżenia anatomiczne.

Na podstawie przeważnie spostrzeżeń przypadków grypy, leczonych na oddziale wewnętrznym II. szpitala powszechnego, dodając do tego ważniejsze przypadki spostrzegane poza szpi-

talem, przedstawię obraz kliniczny grypy tak, jak on mi się przedstawił, a sądzę, że udział w dyskusyi kolegów, pracujących w szpitalach i praktyków przyczyni się znacznie do jego uzupełnienia.

Okres wylęgania się grypy bywa krótki, a określają go różni autorowie na dwa do trzech dni, dodają jednakże, że może czasem wynosić tylko kilka godzin. Na podstawie moich spostrzeżeń przypuszczam, że okres ten jest nieco dłuższy i wynosi 3—6 dni.

Na grypę zapadają osoby bez różnicy wieku, płci i zawodu; co do wieku ponownie podkreślić musimy, że jakkolwiek widywaliśmy na oddziale szpitalnym przypadki grypy u osób starszych, to przedewszystkiem w tej epidemii uderza ogromna przewaga schorzeń u ludzi młodszych, i to przeważnie poniżej trzydziestego roku życia.

Obraz kliniczny w przeważnej liczbie przypadków grypy, przebiegającej bez powikłań, jest dość typowy.

Okresu zwiastunów choroby zazwyczaj nie spotykamy, rzadko tylko podają chorzy, że dnia poprzedzającego wybuch choroby, a wyjątkowo tylko kilka dni przedtem, doznawali uczucia znużenia, osłabienia i łatwo się pocili.

Choroba zaczyna się zazwyczaj nagle dreszczem lub dłużej trwającem uczuciem chłodu, poczem występuje gorączka. Podmiotowo skarzą się chorzy na silne bóle głowy, krzyżów i w kończynach, a przedewszystkiem na ogólne uczucie wielkiej niemocy, zmuszającej ich do pozostania w łóżku, do tego dołączają się łzawienie, pieczenie w gardle i kaszel, zwykle brak apetytu, rzadziej wymioty i biegunki. Widzieliśmy przypadek, w którym choroba rozpoczęła się wśród zupełnego zdrowia, nagle po wyjściu na ulicę, omdleniem.

Ciepłota ciała podnosi się szybko do 39—40°; w pewnej części przypadków bywa niższa (do 38·5). Chorzy wyglądają dość charakterystycznie: twarz żywo zaczerwieniona, czasem z odcieniem wiśniowym. Spojówki powiekowe zwykle silnie zaczerwienione, rzadziej powieki obrzękłe; objaw ten uważamy za częsty, nieraz utrzymuje się on i po ustaniu stanu gorączkowego. We wszystkich prawie przypadkach występują objawy nieżytu górnych dróg oddechowych. Nieżyt nosa, zwykle nieznacznego stopnia, czasem jednak sprawia trudności oddychania nosem; rzadko krwawienia; język zwykle znacznie obłożony, nieraz brunatno-szarawy, błona śluzowa gardła silnie zaczerwieniona, migdałki często rozpulchnione, jednak bez nalotów i czopów. Błona śluzowa krtani i tchawicy przekrwiona, nieraz bardzo znacznie obrzękła, jest powodem chrypki, bólu przy połykaniu, uczucia pieczenia wzdłuż mostka i nieraz bardzo uporczywego męczącego kaszlu. Gruczoły chłonne na szyi i pod szczęką nieraz lekko obrzękłe i na ucisk tkliwe. Nieżyt oskrzelowy w przeważnej części przypadków jest małego nasilenia, szmery oddechowe mniej lub więcej zaostrzone, często świty i furczenia. Wydzielina oskrzelowa w początkach śluzowa i w małej ilości, odkrztuszanie jej trudne; w cięższych przypadkach wydzielina śluzowo-ropna, czasem z domieszką krwi.

W narządzie krążenia w niepowikłanych i niezbyt ciężkich przypadkach większych zmian nie spotykaliśmy; nierzadko stwierdzaliśmy tylko niestosunkowo do wysokiej ciepłoty wolne tętno, które utrzymywało się nieraz przez kilka dni po spadku ciepłoty, spadając do 60—50 uderzeń na minutę.

We krwi w tych przypadkach nie stwierdzaliśmy większych zmian; ilość ciałek białych w granicach prawidłowych, czasem zmniejszona do 4.000. Stosunek procentowy prawidłowy lub lekkie zwiększenie ilości ciałek jednojądrzastych; ciałka eozynochłonne znikały na szczycie gorączki, choć w poszczególnych przypadkach stwierdzaliśmy ich obecność 0·5—1% nawet w okresie gorączki; ciałka czerwone bez zmian. Obrzęku wątroby nie stwierdzaliśmy, rzadko i tylko w cięższych powikłanych przypadkach lekki obrzęk śledziony; w moczu rzadko ślad białka, odczyn dwuazowy ujemny.

Przebieg choroby bywa zwykle szybki, gorączka trwa 2—5 dni i wyjątkowo tylko przeciąga się dłużej; tor gorączki stałej lub lekko zwalniającej, spadek dość prędki (lysis); czasami spotykaliśmy po kilkudniowej przerwie nawrót stanu gorączkowego, zwykle nie przenoszący 38°, który trwał 2—3 dni. Powrót do zdrowia w prawidłowym przebiegu w większości przypadków bywa dość szybki, w niektórych jednak osłabienie utrzymuje się przez czas dłuższy, nawet do dwóch tygodni, wśród objawów lekkiego nieżytu oskrzelowego.

Z przedstawionego obrazu klinicznego niepowikłanych przypadków grypy widać, jak różne narządy ustroju równocześnie ulegają schorzeniu, a tylko zmienne jest nasilenie objawów chorobowych ze strony poszczególnych narządów; niewłaściwe zatem jest rozróżnianie rozmaitych typów grypy, jak to przeważnie dotychczas się dzieje, gdy mowa o grypie dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, narządu nerwowego, gorączce grypowej lub wreszcie o postaci gośćcowej; postacie te bowiem należą do jednej i tej samej jednostki chorobowej.

I tak obok podanego powyżej przeciętnego obrazu grypy spotykać można przypadki o łagodnym przebiegu, trwające 1—2 dni, w których ciepłota nie przekraczała 38°, a oprócz bólów głowy, krzyżów lub kończyn i ogólnego osłabienia objawy ze strony innych narządów bywały nieznaczne lub wcale nie występowały; te przypadki stwierdzaliśmy zwykle u osób starszych ponad 30 rok życia.

Objawy ze strony układu nerwowego są zwykłem zjawiskiem w grypie. Należą tu przedewszystkiem bóle głowy, które dość często, zwłaszcza w pierwszych 48 godzinach, bywają bardzo gwałtowne i dla chorego niezwykle przykre; towarzyszy im niepokój, a czasem i śpiączka. Często stwierdzaliśmy nerwoból w zakresie nerwu trójdzielnego, a mniejszą lub większą bolesność przy ucisku na nerw nadoczodołowy i podoczodołowy zaliczyć musimy do dość stałych i wczesnych objawów grypy. Dość często występuje obecność punktu lędźwiowego, który Boeckler uważa za jeden z najważniejszych objawów grypy, a którego brak pozwala nawet wyłączyć tę sprawę chorobową. Punkt ten leży na przecięciu linii, biegnącej dwa palce ponad najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej, a zewnętrznym brzegiem najdłuższego mięśnia grzbietu. Ucisk na punkt ten w kierunku kręgosłupa (między 3—4. kręgiem) trafia na czwartą gałąź lędźwiową. Na schorzeniu całego odcinka lędźwiowego (neuritis) mają zdaniem Boecklera polegać bóle lędźwiowe. Zajęcie sensoryum, niepokój, podniecenia, spotykaliśmy często w ciężkich stanach, powikłanych zapaleniem płuc. W jednym przypadku stwierdziliśmy u młodego mężczyzny wśród bardzo gwałtownych bólów głowy, lekkiej nieprzytomności, wymiotów, wystąpienie zupełnej sztywności karku, znaczne wzmożenie odruchów ścięgnistych i objaw Kerniga. Objawy te po kilku dniach ustąpiły.

Z objawów ze strony narządu pokarmowego stwierdzaliśmy zwykle w samym początku choroby częste nudności, wymioty, rzadziej biegunki. W ciężkich septycznych przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, częściej występowały nudności i wymioty, a zwłaszcza uporczywe biegunki; stolce płynne, zawierały domieszkę śluzu, nigdy zaś nie stwierdzaliśmy obecności krwi. W kilku ciężkich przypadkach występowała znaczna bolesność powłok brzusznych; w jednym zwłaszcza bolesność całego brzucha była tak znaczna, a powłoki tak napięte i deskowato twarde, jak spotykamy przy ciężkich zapaleniach otrzewnej. W przypadku tym badanie anatomiczne wykazało rozległe wybroczyny w mięśniach prostych brzucha.

Na skórze, skłonnej do potów, występuje czasami potówka (miliaria crystallina); opryszczki na wargach, nosie, są nieczęstem zjawiskiem. Dwukrotnie w przebiegu ciężkich zapaleń płuc stwierdziliśmy rozległą wysypkę na kończynach górnych i tułowiu, podobną do płonicy, miejscami lekko wyniosłą o falistym brzegu, podobną do pokrzywki, lekko swędzącą. Oba te przypadki zakończyły się śmiercią, a wysypka wystąpiła na dwa dni przed zejściem śmiertelnem. W trzech przypadkach wystąpiło jako powikłanie zapalenie ucha środkowego z szybkiem przebiciem na zewnątrz, z tych dwa z wydzieliną surowiczą, a jedno z ropną.

Miesiączka u chorych, dotkniętych ciężkiemi powikłaniami płucnemi, niejednokrotnie występowała wcześniej, bywała bardzo obfita i przeciągała się długo; w 4 przypadkach ciężkiej grypy, powikłanej zapaleniem płuc, nie widzieliśmy ujemnego wpływu na przebieg istniejącej ciąży.

Na ciężkość sprawy chorobowej w obecnej epidemii grypy wpływają przedewszystkiem powikłania ze strony narządu oddechowego. Już samo ostre zapalenie krtani i tchawicy może dosięgnąć tak znacznego stopnia, że objawy stąd wynikłe stają się groźne dla chorego. W jednym przypadku, powikłanym zapaleniem płuc, wystąpiły objawy zwężenia krtani, podobne do dławca wrzekomego jak: głośny wdechowy świst, zapadanie się dołków nadobojczykowych, dołka nadmostkowego, uczucie duszenia się, niepokój tak, że były chwile, w których poważnie rozważaliśmy potrzebę tracheotomii; po dwóch dniach ten ciężki stan zwolna przeminął. W drugim przypadku wystąpiły objawy zwężenia krtani z następową dusznością, trudność połykania, wywołane zapalnym obrzękiem ochrząstnej krtani (Dr Spalke). Obrzęk i znaczne przekrwienie tchawicy, zwłaszcza w okolicy jej podziału, są zwykle powodem gwałtownych napadów kaszlu; w nocy napady te bywały zwykle większe, tak że nikt na sali sypiać nie mógł, a wśród dnia ustawiczny kaszel był przeszkodą przy badaniu chorych. Kaszel ten, nieraz o charakterze krztuścowym,

przeciągły, ochrypły, sprawiał przykre bóle międzyżebrowe i wyniszczał chorych aż do omdlenia.

Jeszcze cięższe stawały się objawy z chwilą posunięcia się sprawy zapalnej na drobne oskrzela i oskrzeliki. Obok uporczywego kaszlu zjawiała się duszność, sinica na wargach i twarzy, w plwocinie, zrazu śluzowej, a później śluzowo-ropnej, zjawiała się krew, czasem w większej ilości. W tych już przypadkach stwierdzać mogliśmy istniejące objawy kliniczne. Do ciężkiego ogólnego stanu i groźnych objawów podmiotowych stał wynik przedmiotowego badania płuc w rażącym niestosunku. Stwierdzaliśmy bowiem znaczne osłabienie drżenia klatki piersiowej, wdechowe zapadanie się dolnych międzyżebrzy, odgłos bębenkowy, w górnych częściach szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone, czasem świsty, a w dolnych częściach wybitne osłabienie szmerów oddechowych. Ten niestosunek objawów podmiotowych ze strony narządu oddechowego do wyniku podmiotowego badania klatki piersiowej uważamy za charakterystyczny dla ciężkich przypadków grypy; jest on wynikiem znacznego obrzęku błony śluzowej w drobnych oskrzelach i oskrzelkach. Objawy nieżytu górnych dróg oddechowych i oskrzeli przy nieco większem ich nasileniu trwają nieraz dłuższy czas, nawet do dwóch tygodni po ustąpieniu gorączki.

Do częstych a najpoważniejszych powikłań grypy obecnej należy zapalenie płuc. W stosunkowo krótkim przeciągu czasu mieliśmy w obserwacyi szpitalnej 110 przypadków grypowego zapalenia płuc, dalszych około 30 pozostaje obecnie w leczeniu.

U chorych, przyjętych do szpitala z objawami grypowego zapalenia płuc, stwierdzić mogliśmy na podstawie wywiadów, że objawy zapalne trwały kilka, a nawet kilkanaście dni, u poszczególnych nawet trzy tygodnie; rzadko można się było dowiedzieć o chwili rozpoczęcia się sprawy zapalnej. W jednych, mniej licznych przypadkach, sprawa zapalna w płucach zaczynała się nagle wśród zupełnego zdrowia dreszczem, gorączką, kaszlem i kłuciem w klatce piersiowej. Częściej podawali chorzy, że najpierw zachorowali wśród typowych objawów grypy, a dopiero po kilku dniach ponownie stan ich pogarszał się wśród świeżych dreszczów i gorączki.

Zapalenie płuc w obecnej epidemii grypy występuje pod postacią zapalenia zrazikowego, a rzadziej zapalenia płatowego. Zajmuje zwykle płaty dolne, zazwyczaj występuje obustronnie, częściej i wcześniej po stronie prawej, i to zazwyczaj w okolicy przykręgosłupowej. W mniejszej części przypadków sprawa zapalna występowała jednostronnie, czasami, choć rzadziej, zapalenie ograniczało się do płatów górnych.

Prawie we wszystkich, nawet lekkich przypadkach zapalenia twarz chorego, zaczerwieniona przybiera odcień lekko sinawy, spojówki powiekowe nastrzykane, język jest obłożony mułem białożółtawym, czasem brunatnym, zwykle podsycha, wargi suche; występuje duszność, uporczywy kaszel i kłucie w klatce piersiowej. Wyniki przedmiotowego badania, co chcę znowu podkreślić, są i tu nieraz niestosunkowo małe do ciężkiego stanu ogólnego. Przy drobnych ogniskach zapalnych odgłos bębenkowy, drżenie nieraz osłabione, szmery oddechowe słabe i ledwo dosłyszalne, czasem świsty i ograniczone ogniska drobniutkich trzeszczeń, które występują zwykle dopiero po kaszlu, słowem obraz, nie różniący się niczem prawie od podanego powyżej obrazu ostrego nieżytu w drobniutkich oskrzelach i oskrzelkach. Wynik jednak badania krwi i dalszy przebieg stwierdzają niewątpliwą obecność zapalenia płuc.

Pouczający jest n. p. przypadek następujący: A. K. lat 27, z powodu napadu duszności od pięciu lat zgłasza się do szpitala. Stwierdzono stan bezgorączkowy, zagęszczenia szczytowe, oraz rozedmę płuc. Trzeciego dnia dreszcze i gorączka do 40⁰, bóle w kończynach, bóle głowy i w klatce piersiowej, biegunki. Na klatce piersiowej odgłos bębenkowy, słabe szmery pęcherzykowe, liczne świsty i furczenia, a w dole nieliczne drobniutkie rzężenia. We krwi 13.800 c. białych, n. 81%, eozyn. 0; mocz bez białka, chlorki lżejsze, odczyn dwuazowy ujemny. W cztery dni później opryszczki na wardze, drobne rzężenia, obfitsze po całej klatce piersiowej, odgłos bębenkowy. We krwi 16.800 c. białych, n. 75%, eoz. 0.5%. Gorączka utrzymuje się przez 17 dni do 40⁰ przy tętnie około 100, oddechach 40 na minutę; wargi i język suche, popękane, brunatne, biegunki, niepokój i majaczenia. W plwocinie wykazał kolega Nowicki obecność prątków Pfeiffera i paciorkowca hemolitycznego. Badanie anatomiczne wykazało: Tracheobronchitis acuta catarrhalis. Bronchiolitis purulenta. Emphysema pulm. Pleuritis recens fibrinosa pr. dextr. incip. Degeneratio renum et myocardii parenchymatosa.

W innych przypadkach stwierdzamy w miarę rozszerzania się ognisk zapalnych mniejsze lub większe przytłumienia na klatce piersiowej, szmery oskrzelowe obok drobnych rzężeń, dość zresztą rzadko miękkie tarcie opłucne. Plwocina śluzowo-ropna, czasem z domieszką krwi lub krwawa, częściej jednak śluzowo-ropna w zbitych bryłach, jaką spotykamy przy rozszerzeniach oskrzeli. W jednym przypadku plwocina krwawa utrzymywała się kilka dni jeszcze po spadku gorączki.

Pod względem przebiegu podzielić możemy zapalenia grypowe na dwie grupy. Jedna część przypadków zapaleń płuc, znacznie liczniejsza, przebiega mniej ciężko i korzystniej, niż druga. W tych pierwszych przypadkach chorzy wyglądają jak niezbyt ciężko chorzy, sinica nieznaczna, oddechy niezbyt przyspieszone, czasami w najlżejszych przypadkach nawet 20—24 na minutę, a tętno często zwolnione, około 100, przy ciepłocie 39—39·5⁰. We krwi w jednych przypadkach ilość c. białych prawidłowa przy prawidłowym odsetku ciałek wielojądrzastych, braku c. eozynochłonnych, a czasem tylko ich zmniejszeniu do 0·5%; w niektórych stwierdziliśmy zmniejszenie ilości c. wielojądrzastych na korzyść limfocytów, a zwłaszcza c. jednojądrzastych. Jednakowoż w większości tych przypadków zapaleń płuc stwierdzaliśmy mierną leukocytozę neutrofilną między 10.000—16.000. Gorączki utrzymywały się na wysokości około 39⁰ o torze zwalniającym przez kilka do kilkunastu dni, potem przez wolny spadek schodziła ciepłota do stanu prawidłowego. Nagły przełom gorączki należał do rzadkości.

Przewlekanie się zapalenia grypowego jest częstem zjawiskiem i uważać je musimy jako jego objaw charakterystyczny. Ciepłota obniża się nieraz do 38⁰ i jako gorączka nieraz przerywana trwać może czas dłuższy. Nacieki zapalne utrzymują się uporczywie długo, a rozchodzą się bardzo wolno, tak że w niektórych przypadkach musimy mówić o przewlekłem zapaleniu grypowem. Długo nieraz, bo nawet i kilka tygodni po ustąpieniu gorączki, utrzymuje się w płucu oddech oskrzelowy, a zwolna stwierdzić się dają objawy zagęszczenia miąższu płucnego. Klatka piersiowa zwolna ulega zapadnięciu, a w obrazie rentgenoskopowym stwierdzamy jednolite zaćmienie miąższu płucnego, wśród którego ograniczone miejsca jaśniejsze potwierdzają objawy kliniczne tworzących się jam oskrzelowych. Wśród naszego materyału klinicznego widzieliśmy dwukrotnie zejście zapalenia w zgorzel płuc, a raz w ropienie i równoczesną zgorzel.

W przeciwieństwie do tego obrazu widzieliśmy, co prawda bardzo rzadkie — przypadki, w których przebieg był nadzwyczaj szybki i gwałtowny. Przy nieznacznych objawach podmiotowych, jak przy rozsianym ostrym nieżycie w drobniutkich oskrzelach i oskrzelkach, wśród osłabienia szmerów oddechowych bez wybitniejszych zmian opukowych na klatce piersiowej, wśród zwiększającej się sinicy i duszności, uporczywego kaszlu, wykrztuszania plwociny śluzowo-krwawej i obrzęku płuc, ginęli chorzy w 5., a nawet w 4. dniu choroby. Ten piorunująco szybki śmiertelny przebieg zapalenia płuc u ludzi młodych, dobrze zbudowanych, poprzednio zdrowych, mimowoli przywodzi nam na pamięć obraz podobnie przebiegającej postaci dżumy płucnej.

Z drugiej strony widzieliśmy dwukrotnie ustępowanie sprawy zapalnej płuc po 3—4-dniowem jej trwaniu, gorączka spadała prawie przełomowo, choć objawy przedmiotowe w postaci ograniczonego nieżytu w drobniutkich oskrzelkach, przy bębenkowo przytłumionym odgłosie opukowym, utrzymywały się przez czas dłuższy.

Znaczny kontygent naszych chorych z zapaleniem grypowem płuc okazywał już w chwili przybycia na oddział szpitalny objawy ciężkiego schorzenia. Wysoka ciepłota ciała o typie gorączki stałej, a czasem wybitnie przerywanej, powtarzające się dreszcze, bladość wraz z sinicą na twarzy, bardzo bolesne kłucia w klatce piersiowej, przyspieszone oddechy ponad 50—60, na minutę, tętno dwubitne, miękkie, powyżej 140 uderzeń, zapad, odrazu zwracały uwagę na wielką złośliwość i septyczną postać sprawy chorobowej. Zwykle występowały w tych przypadkach objawy ze strony układu mózgowo-rdzeniowego, utrata przytomności, niepokój, drżenie rąk, nieraz znaczne podniecenie; chorzy zrywali się z łóżka, stawali się agresywni, tłukli stojące obok naczynia tak, że musiano ich odosabniać w łóżku siatkowem.

U niektórych znowu ciężko chorych odmienny był nieco obraz: znaczne zaczerwienienie i obrzęk twarzy, przekrwienie spojówek powiekowych, wargi i język suche, popękane, brunatnoczarne, obrzęk śledziony, w moczu znaczna ilość białka, 0·5—1% z licznymi wałeczkami ziarnistymi w osadzie, dawały łudzące podobieństwo do duru plamistego. W innych znowu obraz zbliżał się więcej do duru brzusznego lub paratyfusu, zwłaszcza gdy wystąpiły wzdęcia brzucha, kruczenia w jelitach i uporczywe biegunki, a liczba tętna utrzymywała się w stosunkowo niskich granicach. W jednym z takich przypadków stwierdziliśmy na

skórze wysypkę, podobną do płonicy, a miejscami do pokrzywki; w drugim wystąpiło zapalenie ropne gałki ocznej z równoczesnem zajęciem septycznem stawów kończyny górnej i dolnej prawej, oraz zakrzepem zapalnym żył.

We krwi w tych ciężkich przypadkach stwierdzaliśmy zazwyczaj znaczną leukocytozę do 28.000, zazwyczaj neutrofilną 80—90% przy braku ciałek eozynochłonnych. W niektórych z tych przypadków, zwłaszcza niepomyślnie przebiegających, stwierdzaliśmy obecność metamyelocytów, rzadziej myelocytów, (0·5—1%), a dość często obecność komórek plazmowych. W jednym przypadku śmiertelnym stwierdziliśmy obecność ciałek czerwonych jądrzastych (normoblasty). Rzadko tylko spotykaliśmy w przypadkach śmiertelnie przebiegających zupełny brak leukocytozy, przy nieobecności ciałek eozynochłonnych, a stwierdzaniu meta i myelocytów. Chorzy ci zwykle szybko umierali, niektórzy już wkrótce, t. j. kilka do kilkunastu godzin po przyniesieniu na salę chorych. Tu podnieść musimy na podstawie naszej obserwacyi, że były to zawsze przypadki w najwyższym stopniu zaniedbane, dotąd pozbawione wszelkiej opieki lekarskiej. Pewna ich część, która pierwotnie zapadła na grypę, nie usuwała się od swych zajęć, ciężko dalej pracując. Śmiertelność tych przypadków była bardzo wysoka.

Zapalenia opłucnej spotykaliśmy dość często, a towarzyszyły one zawsze zapaleniu grypowemu płuc. Często skarżą się chorzy na kłucia, nieraz bardzo gwałtowne, przy badaniu zaś nie zawsze stwierdzić mogliśmy tarcie opłucne, i to miękkie. Wysięk surowiczy niejednokrotnie stwierdziliśmy przez nakłucie. Pierwotnego samoistnego zapalenia opłucnej nie stwierdziliśmy ani razu. W jednym tylko przypadku, przebiegającym wśród ciężkich septycznych objawów, wykazaliśmy szybko wytwarzający się wysięk krwawy, w którym stwierdziliśmy obfitą ilość paciorkowców. Badanie anatomiczne w tym przypadku wykazało obok rozlanego krwawego i częścią już ropnego zapalenia opłucnej, w płucu samem bardzo nieznaczne ognisko zapalne o charakterze ropnym tak, że pierwotna sprawa w opłucnej wydawać się mogła prawdopodobną.

Uderzająco częstem jest ropne zapalenie opłucnej, które stwierdziliśmy w 10·9% wszystkich naszych dotychczasowych przypadków. Występuje ono nieraz dość szybko, bo już 5. lub 6. dnia zapalenia płuc, zwykle jednak nieco później. Wysięk ropny szybko się zwiększa, dosięgając nieraz w 24 godzinach grzebienia łopatki. W naszych przypadkach był on zawsze jednostronny. Ciepłota ciała, w początkach wysięku ropnego wysoka, obniżać się może dość znacznie, przybierając tor przerywany. Chorzy czują się bardzo osłabieni, skarżą się na duszność, kłucie, zwłaszcza przy kaszlu, obficie się pocą; tętno bywa zwykle przyspieszone, miękkie, choć w okresie spadku ciepłoty wynosić może 70—80 uderzeń. Plwocina śluzowo-ropna, rzadko z domieszką krwi.

Nakłucie wykazuje w pierwszych chwilach płyn mętny ropiasty, żółtawy, który zawiera obficie ciałka ropne częścią w rozpadzie, ciałka czerwone krwi i paciorkowce. Wysięk ten nieraz już po 24 godzinach przybiera cechy ropne; w dłużej trwających wysiękach charakter ich jest zawsze ropny. Z 11 przypadków wysięku ropnego trzy zakończyły się śmiercią, z tych dwa pomimo zabiegu operacyjnego; ośmiu chorych pozostaje nadal w leczeniu, a stan ich dobry.

W jednym przypadku zapalenie opłucnej lewostronne rozprzestrzeniło się na worek osierdziowy, zresztą zmian świeżych na osierdziu i wsierdziu klinicznie nie stwierdziliśmy ani razu.

Co do wpływu ropnego zapalenia płuc na gruźlicę płuc, to na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń na oddziale wewnętrznym II, nie możemy stwierdzić zwiększenia się przypadków gruźlicy płuc w szpitalu, przeciwnie uderzająco zmniejszyła się liczba chorych, dotkniętych gruźlicą, na oddziale. Czyżby to był objaw zwiększonej śmiertelności chorych gruźliczych poza szpitalem, znany zresztą podczas poprzedniej epidemii grypy? Sprawę tę niewątpliwie rozstrzygnie statystyka obecnej śmiertelności z gruźlicy wsi i miast.

W rozpoznaniu klinicznem grypy przypadki jej wśród stwierdzonej epidemii, wobec typowego obrazu klinicznego nie przedstawiają żadnej trudności. Jedynie tylko pewne, ciężko przebiegające przypadki mogą dać podobny obraz do duru plamistego, inne do duru brzusznego i paratyfusu. Dalszy jednak przebieg choroby, brak typowej wysypki, brak lub nieznaczny tylko obrzęk śledziony, skład krwi prawidłowy lub leukocytoza neutrofilna w ciężkich postaciach, stały brak odczynu dwuazowego, przemawiają za grypą i jej powikłaniami.

W wątpliwych przypadkach wobec nieznacznych objawów klinicznych ze strony płuc rozstrzygającym będzie odczyn Widala lub Felixa Weila. Ostrą gruźlicę prosówkową, przebiegającą niekiedy pod obrazem zapalenia grypowego, odróżnia jej dłuższy przebieg, obecność odczynu dwuazowego lub wynik nakłucia lędźwiowego.

Co do rokowania w przebiegu grypy, to przypadki niepowikłane przebiegają zwykle szybko i pomyślnie. Poważne są przedewszystkiem powikłania ze strony narządu oddechowego, a wyjątkowo układu mózgowego; widzieliśmy śmiertelnie przebiegające zapalenie opon mózgowych po ostrem zapaleniu ucha środkowego.

Nie rozporządzając cyframi statystycznemi co do większej liczby przypadków grypy niepowikłanej, nie mogę podać procentowego stosunku występujących powikłań ze strony płuc i opłucnej. Z naszych przypadków na 110 zapaleń płuc utraciliśmy 34, czyli procent śmiertelności wynosi 30·9. Na podstawie jednak naszych spostrzeżeń, obejmujących przypadki nieraz bardzo ciężkie, nieleczone i zaniedbane, w których chorzy w kilka do kilkunastu godzin po przybyciu do szpitala wśród zapadu ginęli, nie zapatruję się tak pesymistycznie na rokowanie w grypie i twierdzę, że częstość powikłań przy grypie i śmiertelność ich w warunkach normalnych, a przy odpowiedniej pomocy lekarskiej, będzie niewątpliwie znacznie mniejsza.

Leczenie grypy niepowikłanej w przeważnej liczbie przypadków jest objawowe; ograniczyć się ono powinno przedewszystkiem do zapobiegania i leczenia powikłań.

Po stwierdzeniu pierwszych objawów grypy chory powinien pozostać w łóżku aż do ustąpienia gorączki i nie opuszczać mieszkania przez czas przynajmniej 1 tygodnia, a w razie utrzymywania się choćby lekkich objawów nieżytowych — aż do zupełnego ich zniknięcia. Objawowo korzystnie działają przetwory salicylowe, chinina, pyramidon. Wobec pojawienia się objawów zapalenia płuc energiczne wspomaganie akcyi serca, duże dawki naparstnicy i równoczesne stosowanie kamfory. W ostatnich czasach podajemy kombinacyę naparstnicy z antypiryną i salicylanem sodowym, podaną przez Frankego (Inf. fol. digit. $^1/_{150}$, natr. salicyl. 7·00, antipyr. 3·00, co dwie godziny aż do obniżenia ciepłoty). Odniosłem wrażenie, że jakkolwiek to leczenie nie wpływa na samą sprawą zapalną, to przecież chorzy lepiej się czują i łatwiej zapalenie przechodzą. Wobec stwierdzania częstej obecności paciorkowca w przebiegu septycznym zapalenia płuc, należałoby w przyszłości spróbować leczenia surowicą przeciwpaciorkowcową. W jednym dotychczas bardzo ciężkim przypadku obustronnego zapalenia płuc po zastosowaniu 40 gramów surowicy wśródmięśniowo nie widzieliśmy dodatniego wyniku.

W Szwajcaryi polecono niedawno neosalwarsan jako lek swoiście działający; środek to stosowany, jak wiadomo, z powodzeniem w zarazie płucnej u koni. Stosowaliśmy go dożylnie w 6 ciężkich przypadkach, zrazu w dawce po 0·3, później 0·45; nie odnieśliśmy wrażenia, jakoby lek ten miał wybitniejszy skutek. Trzy przypadki zakończyły się śmiertelnie. W kilku przypadkach pewne polepszenie ogólnego stanu i spadek ciepłoty widzieliśmy po jednorazowem stosowaniu 10 gramów mleka śródmięśniowo, a w 3 ciężkich przewlekłych przypadkach pomyślne zejście po stosowaniu kollargolu w lawatywie. Przy uporczywych biegunkach działa korzystnie podawanie 3—4 łyżeczek węgla zwierzęcego.

Znaczna część przypadków z oddziału wewnętrznego II. była przedmiotem badań bakteryologicznych i anatomicznych, które przeprowadził prof. Nowicki, a których wyniki wkrótce przedstawi. Nie chcę dotykać tej części obserwacyi, ale chciałbym tylko ze stanowiska klinicznego na zakończenie odpowiedzieć na nasuwające się tu pytanie, czy grypa, obecnie u nas spostrzegana, jest nową, dotąd nieznaną jednostką chorobową, wywołaną inną przyczyną, aniżeli epidemia ostatnia z r. 1889/90?

Mam wrażenie na podstawie własnych spostrzeżeń i dotychczasowej literatury, że obecna grypa jest identyczną z grypą z r. 1880/90 i wywołaną tymsamym, dotąd nieznanym drobnoustrojem. Za tem zapatrywaniem przemawia przedewszystkiem ta sama łatwość i szybkość rozszerzania się epidemii, z tą chyba jedną różnicą, że epidemia obecna wkracza do nas z zachodu, gdy ostatnia przedostała się ze wschodu.

Cały typowy obraz kliniczny, rodzaje i nasilenia powikłań wspólne są obu epidemiom; uderzającą cechą obecnej epidemii jest ta okoliczność, że nagabuje ona przedewszystkiem osoby młode; z naszych przypadków na 110 zapaleń płuc, 75 było w wieku poniżej 30 lat. Kiedy napływ przypadków grypy na oddziale wewnętrznym II tak się wzmógł, że nie można było

chorych pomieścić na jednej sali zupełnie odosobnionej, postanowiłem przenieść część chorych do dużej sali, położonej w przeciwnem skrzydle szpitala, gdzie pomieszczone były przeważnie osoby starsze, nie gorączkujące. W pięć dni po umieszczeniu chorych z grypą zachorowało na 30 osób tylko trzy osoby, i to poniżej lat 30, ze starszych zapadła później jedna 70-letnia, dotknięta poprzednio rozedmą płuc i miażdżycą tętnic i pomimo ogólnego złego stanu krążenia pomyślnie przebyła grypowe zapalenie płuc. Czyż to nie zmusza nas do przyjęcia, że osoby starsze, przebywszy dawniej grypę, okazały się wobec obecnej epidemii więcej odporne, a zaraziwszy się nawet grypą, łatwiej ją przebywają?

Nawet gdyby się okazały pewne różnice, czyto w nasileniu przebiegu, czy występowaniu cięższych powikłań i zwiększonej śmiertelności, to raczej odnieśćby je należało do gorszych warunków higienicznych i złego odżywiania w czasie obecnej wojny. Wreszcie za tem zapatrywaniem przemawiają również wyniki badania krwi. Wiadomo, że w przebiegu grypy nie występuje we krwi leukocytoza, nawet zapalenia płuc na tle czystej grypy przebiegają bez zwiększenia ilości ciałek białych. I w naszych przypadkach niepowikłanej grypy stwierdziliśmy brak leukocytozy, a nawet w niektórych, powikłanych zapaleniem płuc, również ilość krwinek białych nie wzrastała; przypadki te łagodniej przebiegały i krócej trwały. Leukocytozę natomiast dość znaczną wykazywaliśmy w przypadkach ciężkich, w których badanie bakteryologiczne plwociny, krwi lub wysięku wykazywało często obecność paciorkowców.

Jaką rolę odgrywają paciorkowce, tak często spotykane w przebiegu grypy, powikłanej zapaleniem płuc? Zdaje się nie ulegać wątpliwości, jak to wszyscy autorowie zgodnie podnoszą, że nie są one istotną przyczyną grypy; wszak nie są one stałem zjawiskiem, towarzyszącem zapaleniu grypowemu; stwierdzano bowiem i obecność gronkowca, pneumokoka, rzadziej innych mikrobów (micrococcus catarrhalis lub prątek Friedländera). Nieznany dotąd drobnoustrój grypy daje początek do swoistego zakażenia i w następstwie zmniejszonej odporności ustroju jest przyczyną wtórorzędnego zakażenia ogólnego. W jakim pozostaje stosunku prątek Pfeiffera, odkryty w roku 1892, do obecnie panującej grypy i czy wogóle jest on powodem dawnej grypy, zostaje nadal kwestyą otwartą.

Czy także jest przyczyną grypy nieznany nam jeszcze bliżej jeden z drobnoustrojów z grupy przechodzących przez filtr, jak przypuszczają Kruse-Selter, rozstrzygną dalsze badania. Faktem jest jednak, że gdy jedni autorowie dość często stwierdzali w panującej epidemii obecność prątka Pfeiffera (Pfeiffer, Uhlenhut, Bergmann, Gotschlich, Edelmann, a i w naszych przypadkach Nowicki), to inni równie poważni badacze nie wykazali go ani razu (Kolle, Friedmann, Gruber, Bernhardt i i.).

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

przemiana szpikowa, szpikowacenie, Myeloidveränderung.
szpikowiak, myeloma.
szpikowaty, myeloid.
białko mikrobowe, Mycoprotein.
szczepienie odnowne, retrovaccinatio.
napromienianie radem, Radioaktivieren.
chromochłonny, chromaffin, phaeochrom.
bezbarwikowość, brak barwika, Pigmentmangel.
miąższowy (nie śródmiąższowy), parenchymatosus.
klatka płaskodługa, paralytischer Thorax.
przytwierdzenie sieci, omentopexia.
użytny (użytność), verwertbar (Verwertbarkeit).
tłuszczowaty, lipoid.
włókniakowatość, fibromatosis.
uraz świetlny, phototrauma.
mikrob gazorodny, Gasbacillus.
tzelestnica ludzka, Gasphlegmone, Gasbrand.
orutność, jadowitość, zjadliwość, Giftigkeit, Toxicität.
sbieg wapna, Kalkhaushalt, Kalkstoffwechsel.
drożdżyca, Hefeerkrankung.
tkankogubny, histolyticus.
woda nasiękowa, Imbibitionswasser.
wszczep, 1) inclusio, 2) Implantat.
choroba pasorzytna, Invasionskrankheit.
równobarwliwy, isochromatophil.
nużnik, Kenotoxin.
hałaśnik, Lärmapparat.
biegunka pokarmowa, lienteria.
wznoszenie się, ascensio.
obrzezacz, Beschneider.
moczenie mikrobami, bacilluria.
nowotwór barwikowy, barwiczak, chromatophoroma.
komórka barwikotwórcza, Chromatocyt.
cążki główkowe, Kornzange.
trzepotanie się serca, Herzflimmern.
rozkojarzenie komorowoprzedsionkowe, Herzblock.
przerost roboczy, Gebrauchs (Funktions) hypertrophie.
szczepionka własna, Autovaccine.
mięsakowatość, sarcomatosis.
rakowatość, carcinosis.
tlenowcowy, tlenochłonny, aërophil.
miano, titre.
niedokwaśność, Subacidität.
solność, Salzgehalt.
porażeniec, Paralytiker.
zakostnienie uszne, otosclerosis.
badanie odcisków palca, daktyloscopia.
nieznanego pochodzenia, o nieznanych wrotach zakażenia, kryptogen.
zapalenie przynercza, paranephritis.
rozpływ ziarn, grudek, tigrolysis.
komórka piankowata, Schaumzelle.
odpadki, Schlacken.
twór warstwiany, Schichtungsgebilde.
nakłucie lędźwiowe, Rhachicentese.
żywienie bezchlorowe, régime dechloruré.
» mleczne, » lacté.
» niedochlorzone, » hypochloruré.
przechlorzenie, hyperchloruration.
odczepienie, oddzielenie zrostów, sclerolysis.
wszechobecność, Ubiquität.
trucizna organizmowa, Autotoxin.
zakażenie komórek rozrodczych (plemników, jajka) zarodkowe infectio germinativa.
choroba szczepienna, Impfkrankheit.
zakrtanie, hypopharynx.
moczenie gazami, pneumaturia.
bezrzęse (mikroby), atricha.
pęcherz marski, Schrumpfblase. 18

Wiadomości bieżące.

Kraków. Aby umożliwić wznowienie Tygodnika lekarskiego lwowskiego, jako osobnego czasopisma, a zmniejszyć trudności wydawnicze dla obu czasopism lekarskich, wychodzących w Galicyi, uchwaliła Komisya redakcyjna wydawać Przegląd lekarski od Nowego roku 1919 naprzemian z Tygodnikiem lekarskim co drugi tydzień.

Członkowie Towarzystw lekarskich w Galicyi otrzymywać będą od 1. stycznia 1919 znowu oba czasopisma z osobna, w jednym tygodniu Przegląd lekarski, w drugim Tygodnik lekarski.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 23. października 1918** o godzinie 6 wieczorem **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4)**. Porządek dzienny: 1) Dr Blassberg: Przedstawienie chorego z rozsianymi bąblowcami. 2) Prof. Dr Nitsch: O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.

Treść:

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 26 października 1918. Nr. 43

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z ambulatoryum laryngologicznego (Dyrektor: Prof. Dr. A. Jurasz). **i kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego** (Dyrektor: Radca dworu Prof. Dr. A. Gluziński).

O leczniczym wpływie promieni Roentgena na twardziel głębszych dróg oddechowych

podali

Dr S. Lehm asyst. ambulatoryum laryngolog.

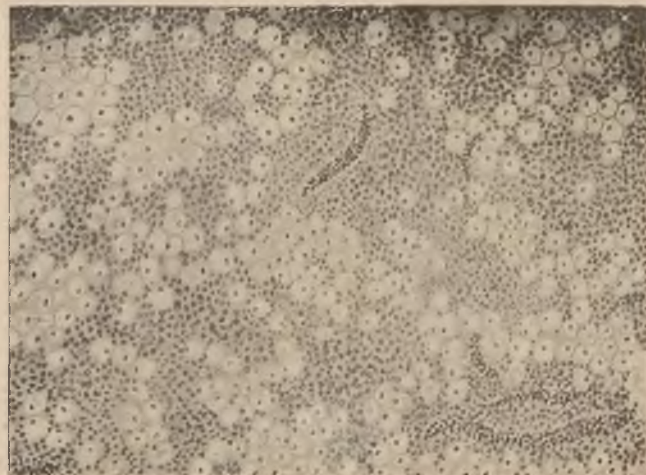
Dr M. Pańczyszyn asyst. kliniki lekarskiej.

Wzmagająca się z roku na rok, zwłaszcza w tej części kraju rozpowszechniona endemia twardzieli dróg oddechowych, której wyrazem jest zwyż 200 przypadków tego cierpienia, spostrzeganych w przeciągu niespełna $3^1/_2$ lat w ambulatoryum laryngologicznem we Lwowie, nie licząc przypadków, zgłaszających się w innych ambulatoryach i w poliklinice, skłoniły nas do bliższego zajęcia się sprawą leczenia postaci głębszych twardzieli, i to tem więcej, że w ostatnich czasach zaczęły się pojawiać poglądy, odmawiające promieniom Roentgena leczniczego wpływu na głęboko usadowione nacieki twardzielowe, jakkolwiek ci sami autorzy nie mogą zaprzeczyć niewątpliwych dobrych wyników. Mając do rozporządzenia obfity materyał ambulatoryum laryngologicznego, poddaliśmy leczeniu w ciągu roku szkolnego 1913/14 21 przypadków twardzieli głębszych dróg oddechowych, a zarazem staraliśmy się zbadać, na czem polega leczniczy wpływ promieni Roentgena na nacieki twardzielowe.

W przypadkach naszych chodziło przeważnie o rozległe zmiany, zajmujące najczęściej więcej odcinków dróg oddechowych, usadowione w gardle, krtani, tchawicy i w nosie w różnych kombinacyach. Wśród tych 21 przypadków w 5 były zmiany w głębszych częściach nosa i w gardle, w 2 zajęte było samo gardło, w 14 były zmiany w nosie i równocześnie w gardle, krtani, lub tchawicy; 4 takich chorych zgłosiło się do leczenia ze znaczną dusznością i większą lub mniejszą chrypką. Przed i w ciągu leczenia przeprowadziliśmy badanie bakteryologiczne i u $^3/_4$ naszych chorych stwierdziliśmy na początku obserwacyi na naciekach prątki twardzielowe.

Ponieważ chodziło o nacieki dość głęboko położone, postępowanie nasze co do techniki naświetlania w zasadzie było takie samo, jakie przyjęliśmy w klinice lekarskiej dla leczenia guzów narządów wewnętrznych, położonych w różnych głębokościach, a kierując się temi zasadami, uwzględnialiśmy i stan ogólny chorych i objawy podmiotowe w zależności od zmian miejscowych.

Chorych naszych naświetlaliśmy codziennie ze zmianami: jednego dnia nos, drugiego gardło, lub krtań, tchawicę, z kolei znów nos i t. d., stosując promienie, wysyłane przez lampę o 9—10 W. twardości, promienie, przesączone przez filtry 1—3 mm, zależnie od tego, czy chodziło nam o działanie więcej powierzchowne, czy głębokie, przyczem okazało się, że skóra nosa, jak i szyi, znosi bez żadnego odczynu 200, a nawet i więcej X, zastosowanych na to samo miejsce w seryi naświetleń co drugi dzień, lub nawet codzień. Po kilku pierwszych naświetlaniach tych samych miejsc występują objawy zwykle pewnego zaostrzenia się dolegliwości jak: większe pobudzenie do kaszlu, zwiększenie się wydzieliny, chrypka lub duszność, z którymi to objawami należało się liczyć nieraz w dalszym przebiegu leczenia nigdy jednak nie przybrały one postaci groźnej. Objawy te miały charakter przejściowy, mijały po kilku dniach i od tego czasu i podmiotowy i przedmiotowy stan naszych chorych ulegał stałej poprawie: cofała się duszność, chorzy wykrztuszali w tych razach, gdzie na początku widzieliśmy owrzodzenia, przez jakiś czas obficie plwocinę i odkrztusiny, pomieszane ze strupkami i masami nekrotycznemi. W przypadkach zaś bez owrzodzeń można było z reguły stwierdzać spłaszczanie się nacieków, a po krótszym lub dłuższym okresie czasu, nieraz już po kilku tygodniach, innym razem po kilku dopiero miesiącach systematycznego naświetlania powolne spłaszczanie się nacieków, a wreszcie w miejsce dawnych nacieków płaskie, równe blizny. Korzystne działanie stwierdziliśmy nawet w przypadkach mocno zaniedbanych, które zgłaszały się do leczenia już w okresie wytworzonych blizn; i to stwierdziliśmy działanie korzystne nie tylko na objawy podmiotowe, lecz także na stan przedmiotowy, naturalnie tylko o tyle, o ile nacieki zapalne, istniejące w świeżej tkance bliznowatej, pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena ulegały wessaniu. Słowem rentgenoterapia okazała się w postaciach twardzieli głębszych dróg oddechowych najskuteczniejszym środkiem leczniczym ze wszystkich, dotąd w podobnych postaciach stosowanych.

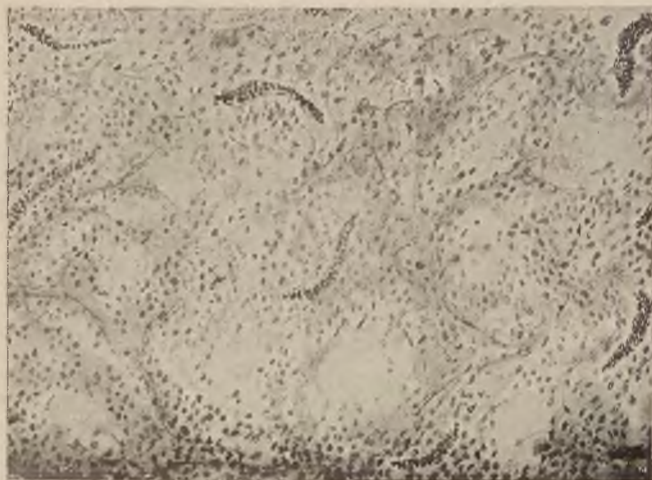


W przypadkach naszych można było badaniem bakteryologicznem u $^3/_4$ naszych chorych prawie do końca obserwacyi znaleźć żywe prątki twardzieli.

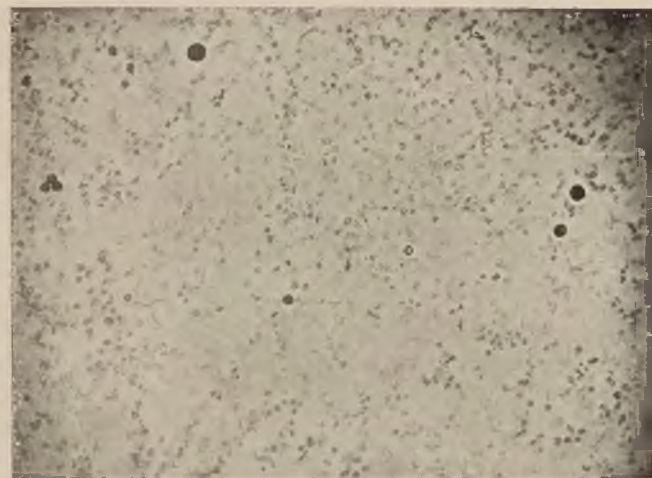
Ażeby się przekonać, jakie zmiany zachodzą w naświetlanych naciekach twardzielowych, wycinaliśmy z różnych miejsc, dotkniętych twardzielą, kawałki błony śluzowej i sporządzaliśmy skrawki mikroskopowe raz przed rozpoczęciem leczenia, następnie w ciągu, wreszcie przy końcu leczenia.

Rysunek I. przedstawia preparat z nacieku twardzielowego przed rozpoczęciem leczenia. Widać na nim charakterystyczne utkanie, złożone z komórek jednojądrzastych, dobrze się barwiących, komórek Mikulicza, zebranych w charakterystyczne grupy; tu i ówdzie zawierają te komórki mierną ilość bakteryi, naciek sam jest dobrze unaczyniony.

Rysunek II. ilustruje zmiany, zachodzące w nacieku twardzielowym po zastosowaniu 80 X w ciągu 3 tygodni. Tkanka nacieku twardzielowego uległa tu już wybitnej zmianie. Największe dotyczą komórek Mikulicza; w miejscu dawniejszych gniazd tych komórek znajdujemy obecnie masy martwicze, a wśród nich obfitą ilość prątków twardzieli, niewątpliwie uwolnionych po rozpadzie komórek Mikulicza. Lecz i komórki naciekowe okazują wyraźne zmiany wsteczne, polegające na zatarciu rysunku protoplazmy, zaniku otoczki komórkowej i rozpadzie jądra i jego rozpuszczeniu. Wyrazem tych zmian jest rzadsze rozmieszczenie tych komórek w preparacie II, gorsze ich barwienie się, rozpuszczanie się i rozpadanie (caryolysis, caryorrhexis) jąder. Oprócz sprawy wstecznej w tkance twardzielowej widać w tym okresie już drogę, na której postępować będzie gojenie się. Oto od naczyń krwionośnych bujać zaczyna tkanka ziarninowa, dość obficie zawierająca włókna łącznotkankowe.



Jeszcze dalej posunięte zmiany przedstawia preparat III., pochodzący z nacieku, naświetlanego przez 5 tygodni (po zastosowaniu 150 X).



Widzimy stąd, że rodzaj uszkodzenia i charakter zmian w nacieku twardzielowym po zastosowaniu promieni Roentgena są takie same, jakie spotykamy w innego rodzaju tkankach patologicznych przy stosowaniu promieni Roentgena. Cechą tych zmian jest rozpad tkanki patologicznej i bujanie nowej tkanki ziarninowej. Różnica jest tylko ilościowa. Doświadczenie rentgenoterapeutyczne doprowadziło nas do przekonania, że stopień zmian w tkankach tego rodzaju stoi w prostym stosunku do dwóch czynników: do czułości tkanki naświetlanej i do ilości zabsorbowanych promieni. Czynnik pierwszy, t. j. czułość tkanek, należy do charakteru biologicznego komórek. Tkanka nacieku patologicznego jest na działanie promieni tem czulsza, im jest młodsza, im żywiej odbywa się w niej wymiana materyi, im więcej ma protoplazmy. Drugim czynnikiem, t. j. ilością oddanych do absorbcyi promieni, możemy dowolnie kierować. Ponieważ wymiana materyi w komórkach nacieku twardzielowego odbywa się powoli, czego wyrazem jest i wolne powiększanie się nacieków twardzielowych i mała ilość protoplazmy, dlatego też dla wywołania skutku leczniczego potrzeba zastosować i wprowadzić do nacieków twardzielowych większą ilość promieni czynnych, niż do innych nacieków patologicznych, rosnących szybko, czyli zastosować odpowiednią technikę. I tu leży naszem zdaniem przyczyna, dlaczego dotąd istnieje rozbieżność poglądów na sprawę działania promieni Roentgena na nacieki twardzielowe, położone w głębszych odcinkach dróg oddechowych. Kiedy Rydygier, który pierwszy podał metodę skutecznego leczenia twardzieli dróg oddechowych promieniami Roentgena, a także Drozdowicz, oparci każdy na obserwacyi kilkunastu przypadków, stanowczo twierdzą, że promienie Roentgena wywierają leczniczy wpływ na sprawy twardzielowe, usadowione w głębszych odcinkach dróg oddechowych, to n. p. Fittig i Kahler, a w ostatnich czasach Brunner i Jakubowski odmawiają promieniom Roentgena wpływu na nacieki głębiej położone. Oparci na naszych doświadczeniach, które obejmują zwyż 20 przypadków twardzieli dalszych dróg oddechowych, leczonych promieniami Roentgena, nie możemy się zgodzić ze zdaniem, wygłoszonem przez Brunnera i Jakubowskiego, że »metoda rentgenologicznego leczenia może być stosowana jedynie przy twardzielowych zmianach warg i nosa, a z natury rzeczy będzie bezsilną lub mało skuteczną wobec głębiej umiejscowionych zmian«, ale podnosimy na podstawie naszych obserwacyi pierwszorzędne i niezawodne korzystne działanie lecznicze tej metody w każdym przypadku, nawet w przypadkach, przebiegających z groźnymi objawami.

Już przy obecnych ulepszeniach rentgenoterapii możemy przez odpowiednie dawkowanie skrócić czas leczenia, pomimo tego jednak jest on jeszcze długi. Wyniki lecznicze byłyby jeszcze lepsze, gdyby nam się udało ująć w ręce i drugi czynnik, t. j. podniesienie czułości tkanki twardzielowej na działanie niszczące promieni Roentgena. Obecnie, zdaje się, jesteśmy już na tej drodze. W r. 1912 wykazali Brunner i Jakubowski, że stosując szczepionki twardzielowe w większych ilościach, możemy osiągnąć w czasie wstrzykiwań szczepionek spłaszczanie się nacieków twardzielowych względnie ich rozpad i na tej drodze wyleczenie. Z tego możemy wnosić, że szczepionki twardzielowe mogą podnosić czułość tkanki twardzielowej na działanie promieni Roentgena, a wyniki lecznicze w tym wypadku, t. j. przy kombinacyi leczenia promieniami Roentgena z wstrzykiwaniami szczepionek, powinny być lepsze, niż dotąd. Od kilku miesięcy postępujemy już w myśl tych zasad i choć to jeszcze zbyt krótka obserwacya i chociaż rozporządzamy za szczupłym jeszcze materyałem, by módz wysnuć ostateczne wnioski, to jednak dotychczasowe spostrzeżenia zachęcają do dalszych prób.

Piśmiennictwo. 1) Bohač: M. m. W. 1910. — 2) Brunner i Jakubowski: Gaz. lek. 1913. Nr. 45. — 3) Danziger i Pollitzer: (Ks. jub. niem. szpit. w New-Yorku) 1911. — 4) Drozdowicz: Gaz. lek. 1912. Nr. 4. — 5) Fittig: Beitr. z. kl. Ch. 1913. Nr. 39. — 6) Freund: Ges. d. Aerzte. Wien 1905. Nr. 9. V. — 7) Gottstein. Rozp. śląs. Tow. laryng. — 8) Jurasz: Gaz. lek. 1912. Nr. 36. — 9) Kahler: W. kl. W. 1905. Nr. 32. — 10) Lubliner: Medyc. 1912. II. Gaz. lek. 1912. II. — 11) Mayer: Presse m. 1906. — 12) Nemenow: Russk. Wracz. 1911. Nr. 26. — 13) Pachoński: Przegl. lek. 1910. Nr. 23. — 14) Polański: Medyc. 1912. Nr. 6. — 15) Ranzi: Ges. d. Aerzte. Wien. 1904. Nr. 21, 12. — 16) Rydygier A.: Zjazd chir. polsk. 1902, Nowiny lek., Berl. kl. W. 1909. — 17) Rydygier A.: Gaz. lek. 1909. Nr. 3. — 18) Rydygier A.: Ztrbl. f. Ch. 1911. Nr. 35. — 19) Sabat: Tyg. lek. 1912. Nr. 22. — 20) Steuermark: Przegl. lek. 1910. Nr. 25. (pos. Tow. lek). — 21) Zwillinger: Zeitschr. f. Ohrenh. 61. 1910. I.

O niektórych urządzeniach w nowo wybudowanym zakładzie dezynfekcyjnym miejskim w Krakowie.

Przez

Doc. Dr Tomasza Janiszewskiego.

Było do ostatnich czasów zwyczajem, że w zakładach dezynfekcyjnych wszelkie uzbrojenia, dodatkowe przyrządy przy aparatach dezynfekcyjnych umieszczano po stronie nieczystej, a to prawdopodobnie głównie z tego powodu, by jeden i ten sam dezynfekcyonaryusz mógł puścić w ruch przyrządy. O ile

ma to do pewnego stopnia uzasadnienie dla bardzo małych zakładów, gdzie jeden i ten sam człowiek obsługuje cały zakład dezynfekcyjny, o tyle nie nadaje się zupełnie dla większych.

Przed kilku laty zażądałem od paru większych niemieckich firm projektów z uwzględnieniem umieszczenia wszystkiego, co potrzebne jest dla puszczenia w ruch przyrządów, po stronie czystej. Zdaniem mojem jest to daleko racyonalniejsze, tak ze względów wymagań higieny, jak i ze względów praktycznych, lepszej i łatwiejszej obsługi przyrządów.

Aparaty dezynfekcyjne powinny być w ten sposób wmurowane w ścianę działową, dzielącą część czystą zakładu od nieczystej, aby większa część przyrządów wystawała na stronę czystą, a to dlatego, by można było całe uzbrojenie przyrządów po tej stronie umieścić. Z tego też powodu sala po stronie czystej zakładu dezynfekcyjnego powinna być nieco szersza, niż odpowiednia sala po stronie nieczystej. Przez umieszczenie całego uzbrojenia po stronie czystej unikamy prowadzenia rur po stronie zakażonej, strona nieczysta zawiera jedynie drzwi aparatu dezynfekcyjnego i nieznaczną zupełnie gładką część aparatu, oczyszczenie i utrzymywanie w należytym porządku sali po tej stronie jest daleko łatwiejsze. Maszynista lub mechanik ma łatwiejszy dostęp do strony czystej, niezakażonej, może w każdej chwili bez obawy zakażenia się lub niebezpieczeństwa rozniesienia zarazy, bez zachowywania jakichkolwiek ostrożności, przyjść i nadzorować wszelkie przyrządy; także naprawa tych przyrządów jest ułatwiona. Korzyści, wynikające z takiego urządzenia, są tak widoczne, że nie ma potrzeby rozpisywać się o tem obszerniej.

Drugim postulatem, który należy uwzględnić przy budowie większych zakładów dezynfekcyjnych, jest obecność osobnego pokoju do przeprowadzania dokładnych prób z nowymi przyrządami i środkami dezynfekcyjnymi. Pokój taki, o dokładnie znanych wymiarach, powinien mieć rozmaicie wyprawione ściany i sufit; n. p. po kilka metrów kwadratowych surowego muru, takiejże przestrzeni dokładnie wyprawionej i wygładzonej, z grubsza wyprawionej, malowanej farbą klejową, rozmaitymi rodzajami farb olejnych, wyłożonej kafelkami, wyklejonej tapetami i t. d. Podłoga po kilka metrów kwadratowych z miękkiego drzewa, takaż przestrzeń z twardego, malowana olejno, zapuszczana woskiem z terpentyną, wyłożona płytkami kamionkowemi (steingutowemi), z cegły, betonu, terazzo, linoleum i t. d. W takim pokoju doświadczalnym powinien być i radyator ogrzewania centralnego i zwykły piec. W jednej ze ścian, naprzeciwko okien, powinno być okienko dla obserwacyi przebiegu dezynfekcyi. Pokój powinien znajdować się po stronie zakażonej zakładu. Dotychczas takie próby i doświadczenia przeprowadzano zazwyczaj w mieszkaniach prywatnych, lub, co jeszcze gorsza, w szkołach. Zrozumiałą jest rzeczą, że pociągnąć to może za sobą poważne niebezpieczeństwo i że urządzenie osobnego pokoju do tego celu usunie takie obawy, a z drugiej strony umożliwi dokładniejsze przeprowadzenie badań.

Do odkażania wozów potrzebny jest osobny duży pokój z wjazdem ze strony nieczystej i z wyjazdem na stronę czystą zakładu. Pokój ten, widny, ogrzewany w zimie, ma bramy w ten sposób urządzone, że nigdy jednocześnie nie mogą być otwarte.

W nowych, większych i ze znaczniejszym nakładem urządzonych zakładach dezynfekcyjnych wskazane jest również, aby ściany działowe, przynajmniej w sąsiedztwie przyrządów dezynfekcyjnych, były robione na wysokości 60 ctm. od podłogi ze szkła, to jest z grubych szyb w żelaznych ramach. Zwykły mur w takich razach nigdy nie przylega do przyrządu szczelnie, pomimo umieszczenia filcu, asbestu lub innych materyałów pomiędzy przyrządem, a murem, i prawie nigdy nie można uniknąć kruszenia się lub opądania choć częściowego tynku, co źle wygląda i zanieczyszcza salę. Przy szklanej ścianie obręcz żelazna obejmowałaby dokoła przyrząd, od tej obręczy szyby żelazne kraty okienne; kraty zachodziłyby w ten sposób za obręcz, że bez ujmy dla szczelności czyniłoby to zadość prawu rozszerzalności. Takie całkowite, lub częściowe ściany szklane ogromnie zwiększają przejrzystość zakładu i ułatwiają kontrolę.

W ścianie działowej pomiędzy pokojem dziennym dezynfekcyonaryuszy, a ubieralnią po kąpieli dezynfekcyonaryuszy, należy umieścić szereg szaf, wmurowanych w ścianę działową z drzwiami po obu stronach tak urządzonemi, że gdy się te drzwi z jednej strony odmyka, z drugiej jednocześnie nie mogą być otwarte. Szafy te służą do chowania ubrania domowego dezynfekcyonaryuszy, gdy się przebierają w ubrania zakładowe. Po ukończonej dezynfekcyi, po kąpieli, dezynfekcyonaryusze przechodzą do ubieralni i otworzywszy drzwi tych szaf z przeciwnej strony, znajdują tam swoje ubrania domowe; odziawszy się, idą po pracy do domu.

Wiadomo, że nowożytne aparaty dezynfekcyjne są przyrządami wielce skomplikowanymi, obok uzbrojenia i całej sieci rur jest cały szereg przyrządów, jak pompy do wytwarzania próżni w przyrządach, przyrządy formalinowe, do amoniaku, przyrządy zapisujące i t. d. Wszystko to zajmuje wiele miejsca, zawadza przy przeprowadzeniu dezynfekcyi, utrudnia utrzymywanie czystości. Naprawy lub kontrola tych przyrządów przeszkadzają czynności dezynfekcyonaryuszy; niektóre z tych przyrządów, jak pompy, sprawiają hałas. Zdaniem mojem unikniemy wszystkich tych niedogodności, jeżeli umieścimy wszelkie uzbrojenia, rury, przewody i przyrządy poza salą dezynfekcyjną, n. p. na dole, na parterze, pod salą, w części czystej, w blizkości ściany dzielącej część czystą od zakażonej, a wszelkie kurki, wentyle i t. d. od każdego aparatu na osobnej tablicy, albo też jeżeli to wszystko umieścimy na górze nad częścią niezakażoną zakładu dezynfekcyjnego. Maszynista, zajęty na górze, może obserwować przez okienka w podłodze, co się dzieje w obu salach dezynfekcyjnych. Na dole przy aparatach dezynfekcyjnych mieści się tylko termometr kontrolny i vacuummetr. Góra połączona z dołem za pomocą telefonu. Dezynfekcyonaryusz, napełniwszy przyrząd, po zamknięciu drzwi aparatu, telefonuje do maszynisty, znajdującego się na górze, w którym przyrządzie i jaką dezynfekcyę należy przeprowadzić. Maszynista stosownie do potrzeby puszcza parę, lub puszcza w ruch pompę ssącą, a potem wypełnia aparat formaliną i kontroluje przebieg dezynfekcyi. Na dole przy przyrządzie, który jest w ruchu, zapala się mała lampka elektryczna kolorowa, n. p. czerwona, jeżeli się przeprowadza dezynfekcyę parą, lub zielona przy dezynfekcyi formalinowej, tak, że wszedłszy do sali odrazu widać, który przyrząd jest w ruchu, a dezynfekcyonaryusz odrazu widzi, czy maszynista puścił w ruch właściwy przyrząd. Na dole czynni są tylko dezynfekcyonaryusze, na górze maszynista i w ten sposób nie przeszkadzają sobie wzajemnie; maszynista zaś, mając wszystko skupione na małej przestrzeni, lepiej ogarnia całość, szczególnie, gdy wszystkie przyrządy są jednocześnie w ruchu i lepiej kontrolować może przebieg dezynfekcyi.

Koszta takiego urządzenia przy większych zakładach są stosunkowo nieznaczne, a koszta prowadzenia nie są większe, jeżeli zakład posiada osobnego maszynistę.

Rzeczy zawszawione powinny, zdaniem mojem, być poprzednio odwszawione w specyalnym przyrządzie, zanim dostaną się do dezynfekcyi na stronę nieczystą zakładu.

Wszystkie te ulepszenia i inowacye*) mego pomysłu zastosowano w 1914 roku przy budowie nowego zakładu dezynfekcyjnego w Krakowie. Zakład jest już w ruchu.

O potrzebie filozoficznego wykształcenia dla lekarzy.

Napisał**)

Adam Wrzosek.

Światłe umysły wśród lekarzy naszych zawsze uznawały ważne znaczenie zaprowadzenia studyów filozoficznych, a zwłaszcza logiki i psychologii, na wydziałach lekarskich. W tym względzie nie było u nas takich wahań, jak w Niemczech, w których jedni, jak n. p. Helmholtz [1]) i Virchow [2]), podnosili potrzebę szczególnego wyszkolenia umysłu dla lekarzy, inni, jak n. p. Pagel [3]), występowali przeciw umieszczaniu wykładów logiki i psychologii w programach studyów medycznych.

W Polsce od początku XIX. stulecia aż do dni dzisiejszych sprawa filozoficznego wykształcenia żywo obchodziła i obchodzi lekarzy. W naszej medycynie wytworzył się nawet oryginalny kierunek, którego najznakomitszymi przedstawicielami w ostatnich czasach byli Henryk Hoyer, Władysław Biegański i Edmund Biernacki. Kierunek ten, zapoczątkowany świetnie przez »Teoryę

*) Z wyjątkiem lampek kontrolnych kolorowych.

**) Streszczenie rozdziału z przygotowanej do druku książki o reformie studyów lekarskich.

[1]) H. Helmholtz: Das Denken in der Medicin. Berlin 1878. — [2]) R. Virchow: Lernen und Forschen. Berlin 1892. — [3]) J. Pagel: Einführung in das Studium der Medicin. Stuttgart 1906, str. 50—51.

jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, a przeszczepiony na grunt warszawski przez Chałubińskiego, niegdyś ucznia Wileńskiej Akademii medyko-chirurgicznej, nosi nazwę filozoficznego. Miał on nawet swoje czasopismo »Krytykę lekarską«, wydawaną przez Zygmunta Kramsztyka w ciągu lat jedenastu, od r. 1897 do r. 1907 włącznie.

Kierunek filozoficzny w medycynie naszej powstał w zaborze rosyjskim i tam się rozwinął. W zaborze austryackim, mimo dwóch polskich wydziałów lekarskich, »Krytyka lekarska« nie znajdowała ani wielu współpracowników, ani nawet licznych czytelników. Mniemam, że główną przyczyną tego było, iż nasze wydziały lekarskie w Galicyi zmuszone były wzorować się na wydziałach lekarskich austryackich, podczas gdy w Warszawie wytworzyły się tradycye swojskie w medycynie, dzięki Akademii medyko chirurgicznej i Wydziałowi lekarskiemu Szkoły Głównej, zorganizowanym przy znacznym współudziale wybitnych lekarzy warszawskich.

Ważność filozoficznego wyszkolenia dla lekarzy podnosił już Wincenty Szczucki[4]), profesor Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Warszawskim za czasów Królestwa Kongresowego. Potem zabierali głos w tej sprawie profesorowie i wychowańcy Szkoły Głównej Warszawskiej: Tytus Chałubiński[5]), Henryk Łuczkiewicz[6]), Henryk Hoyer[7]), Zygmunt Kramsztyk[8]) i Henryk Nusbaum[9]); a po nich młodsze pokolenie — Adam Wizel[10]), Wł. Biegański[11]), E. Biernacki[12]), Józef Brudziński[13]), Hadryan Demianowski[14]) i inni. Wszyscy oni zapatrywali się zgodnie na potrzebę filozoficznego wykształcenia dla lekarzy z tą jedynie różnicą, że jedni wysuwali na plan pierwszy logikę, drudzy psychologię, a inni o jednej tylko z tych nauk pisali, jako o potrzebnej dla medyków.

Co się tyczy wprowadzenia logiki do programu studyów na wydziałach lekarskich, to z góry przewiduję oporne stanowisko wielu lekarzy. Po co wprowadzać wykłady logiki dla medyków? — zapyta jeden. Czyż mało jest przedmiotów, które powinni oni przestudyować? — doda drugi. Wszak podnoszą się głosy, że pięciu lat studyów już jest za mało na przestudyowanie nauk lekarskich! — dorzuci trzeci. Jeszcze nikogo logika logicznie myśleć nie nauczyła! — wtrąci czwarty. Niech się młodzież uczy logiki w szkołach średnich, a nie w czasie studyów medycznych! — zawyrokuje piąty. Podobnych zarzutów można więcej przewidzieć. Odpowiedź na nie nietrudna. Wszak w szkole uczą fizyki, i to w daleko obszerniejszym zakresie, aniżeli logiki, a jednak każdy uważa za potrzebne, aby medycy pogłębili swoją znajomość fizyki. To prawda, że logika umysłowi tępemu nie przyniesie żadnej korzyści, lecz ludziom zdolnym do głębokiego rozwoju umysłowego może być wielce pożyteczną. Na zarzut wreszcie, że wprowadzenie logiki do programu studyów medycznych przeciąży młodzież nauką, — odpowiem, że przeciwnie, może im dalsze studya, osobliwie kliniczne, znacznie ułatwić. Zdaniem mojem, z wielką szkodą dla studyującej młodzieży i lekarzy pomija się w studyach medycznych logikę, która, obok innych zadań, ma nam ułatwiać prawidłowe myślenie i spostrzeganie błędów. Słusznie Chałubiński wpajał w swoich uczniów i czytelników przekonanie, że lekarz powinien być nie tylko dobrym obserwatorem i biegłym znawcą metod badania chorych i ich leczenia, lecz nadto powinien umieć logicznie myśleć, a to dlatego, aby po zbadaniu chorego mógł ułożyć sobie umotywowany, odpowiadający celowi plan leczenia. Logika ma uwyraźnić lekarzowi drogi jego rozumowania. Jeżeli nie chce on być jeno rzemieślnikiem, lecz człowiekiem myślącym, a takim powinien być każdy lekarz, to w działalności swojej, osobliwie w zakresie chorób wewnętrznych, musi się na każdym niemal kroku odwoływać do logiki. O potrzebie znajomości tej nauki najlepiej może przekonać lekarza »Logika medycyny« Biegańskiego, dziełko, które zasłużenie doczekało się już drugiego wydania i przekładu na język niemiecki. Skoro studyowanie logiki może przynieść lekarzom rzetelny pożytek, nauka ta powinna być z powrotem wprowadzona do programu studyów na wydziałach lekarskich.

Kto się zgodzi z tem zapatrywaniem, nie będzie się sprzeciwiać również wprowadzeniu wykładów psychologii dla medyków, zwłaszcza, że dla wielu lekarzy potrzeba znajomości psychologii jest oczywistszą, aniżeli logiki. Dziwić się wprost należy, że psychologia, czyli nauka o stanach naszej świadomości, a więc zajmująca się objawowi poznania, uczucia i woli, — pomijana jest w XX. stuleciu w programach studyów medycznych. Tuszyć sobie jednak można, że, gdy będziemy mogli sami swoje wydziały lekarskie urządzać i przekształcać, to niebawem usuniemy i ten brak. Bez znajomości psychologii nie można z korzyścią studyować psychiatryi. Zresztą każdy lekarz powinien być do pewnego stopnia psychologiem.

Już nie tylko lekarze zaczynają zwracać uwagę na niewłaściwość pomijania psychologii w studyach medycznych. Zmarły niedawno psycholog — Julian Ochorowicz, omawiając zastosowanie psychologii do nauk lekarskich, wyraził się, że »lekarze nie straciliby nic na tem, gdyby pochłaniając taki ogrom wiedzy przygotowawczej, jakiego szkoła od nich wymaga, nie na ostatniem miejscu stawiali znajomość praw psychologicznych, związanych z organizacyą człowieka. W mojem przekonaniu przynajmniej, — dodaje Ochorowicz — raczejby można wybaczyć lekarzowi nieznajomość fizyki, niż psychologii, nie ma bowiem takiej choroby, w którejby się ta ostatnia nie przydała« [15]). Wprawdzie daleko jeszcze psychologii do takiego rozwoju, aby zbyt wiele z jej zdobyczy dało się zastosować w życiu codziennem i w praktyce lekarskiej, niemniej jednak nie można już dziś w studyach medycznych przechodzić nad psychologią do porządku dziennego. Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, iż zarówno w studyach teoretycznych, jak i w praktyce lekarskiej, psychologia niejedną korzyść przynieść może. Rzecz tę zwięźle i trafnie niedawno przedstawił Demianowski (Przegl. lek. 1918. Nr. 27), więc się nad nią teraz obszernie rozwodzić nie będę. Dodam tylko, że lekarz nie powinien żadną miarą lekceważyć sobie psychologii, która, między innemi rzeczami, zajmuje się rozbiorem takich stanów świadomości, jak wzruszenia, uczucia i popędy; która czyni przedmiotem swoich badań: przyzwyczajenia, temperament, charakter. Każdy lekarz, czy chce, czy nie chce, w praktyce swojej z temi rzeczami liczyć się musi. Wiele względów przemawia za wprowadzeniem psychologii do programu studyów medycznych, niema natomiast chyba ani jednego, któryby można słusznie przytoczyć przeciwko temu.

Są, którzy uważają, że należałoby wymagać, aby studyujący medycynę uczęszczali i na wykłady historyi filozofii. Zgoda, że poznanie dziejów myśli ludzkiej może mieć wpływ dodatni na medyków, chroniąc ich od jednostronności umysłowej. Nie uważam jednak ani za rzecz konieczną, ani nawet za wskazaną umieszczanie w programie wykładów na wydziałach lekarskich historyi filozofii. Wystarczy, zdaniem mojem, jeżeli zachęci się studyującą młodzież przy sposobności, aby się tym przedmiotem zajęła. Może to uczynić tak dobrze profesor, wykładający propedeutykę lekarską, jak profesor logiki i psychologii.

Wielu zapewne zgodzi się ze mną, że medycyna tem lepiej rozwijać się będzie, im lepsze i trwalsze będzie miała podwaliny. W medycynie współczesnej podwaliną jej są li nauki przyrodnicze, którym nikt pierwszorzędnego znaczenia dla medycyny odmówić nie może. Lecz medycyna nic na tem nie straci, owszem zyska wiele, jeżeli podstawy jej jeszcze bardziej wzmocnimy przez dodanie do nauk przyrodniczych także filozoficznych. Gorąco zatem przemawiam, aby logikę i psychologię włączyć do programu studyów medycznych.

Nie szukajmy koniecznie i wyłącznie wzorów zagranicą! Mieliśmy wybornie urządzony wydział lekarski, który, mimo krótkiego istnienia, zapisał się trwale w dziejach naszej medycyny. Szukajmy więc przedewszystkiem wzorów w Wydziale lekarskim Szkoły Głównej Warszawskiej. Tam zarówno logika, jak i psychologia należały do przedmiotów, na które każdy student medycyny obowiązany był uczęszczać. Już po zamknięciu Szkoły Głównej Chałubiński usilnie się domagał należytego uwzględnienia nauk filozoficznych, zwłaszcza logiki, w planie studyów medycznych. Prawdopodobnie miał na myśli krakowski Wydział lekarski, albo przyszły Wydział lekarski polski w Warszawie. Uczynienie zadość temu słusznemu żądaniu nie tylko przyniesie

[4]) Propedeutyka do nauk medycyny. Warszawa 1825. § 134. — [5]) Metoda wynajdowania wskazań lekarskich. Warszawa 1874. Zimnica. Warszawa 1875. — [6]) Kurs propedeutyki lekarskiej. Warszawa 1876, str. 228—229. — [7]) O krytyce lekarskiej. Krytyka lek. 1898, str 22. — [8]) Szkice krytyczne z zakresu medycyny. Warszawa 1899, str. 329—330. — [9]) O ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarza. Krytyka lek. 1898, str. 133—135. — [10]) Stosunek psychologii do psychiatryi. Krytyka lek. 1900, str. 262. — [11]) Logika medycyny. Wyd. II. Warszawa 1908. — [12]) Zasady poznania lekarskiego. 1902; Chałubiński i obecne zadania lekarskie. Łódź 1900. — [13]) W sprawie organizacyi ogólnej uniwersytetu a wydziału lekarskiego w szczególności. Warszawa 1915. — [14]) O potrzebie studyum psychologii na wydziale lekarskim. Przegl. lek. 1918. str. 27.

[15]) Julian Ochorowicz: Psychologia, pedagogika, etyka. Warszawa 1917, str. 60.

istotną korzyść medykom polskim, lecz również zgodne będzie z naszą tradycyą naukową. Przyczynić się ono może do uchronienia kierunku filozoficznego w medycynie polskiej od powolnego upadku, a nadto wpłynąć bardzo dodatnio na ogólny poziom wytwórczości naukowej lekarzy naszych. To też z radością należy powitać wybranie przez Wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim komisyi, która ma się zająć sprawą wykładów logiki i psychologii dla medyków. Zaprowadzenie tych wykładów będzie jedną z nici, wiążących Wydział lekarski w odradzającej się polskiej Wszechnicy Warszawskiej z tradycyą Szkoły Głównej.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Leon Wachholz. **Medycyna sądowa**. Na podstawie ustaw, obowiązujących na ziemiach polskich. 8⁰ str. XIII i 585. Z 22 rycinami w tekście i 42 rycinami na 8 tablicach. Kraków 1919. Nakładem Akademii Umiejętności.

»Wśród szalejącej burzy wojennej postępowała praca nad setną z rzędu moją publikacyą, a praca ta stanowiła prawdziwe chwile szczęścia wśród ogólnej niedoli. Zachętą do niej była mi myśl spełnienia obowiązku względem rodzimego piśmiennictwa i względem uczniów dawnych i obecnych...«.

Powyższe słowa z przedmowy autora wymienionego w tytule dzieła charakteryzują najlepiej te czynniki twórcze, które doprowadziły do napisania tak pięknej i pożytecznej książki. Że nowy polski podręcznik medycyny sądowej był potrzebny, odczuwano już od dawna. Wydany przez prof. Wachholza jeszcze w r. 1899 pierwszy podręcznik został już w zupełności wyczerpany, a nadto z biegiem lat i z rozwojem nauk lekarskich przestał w wielu kierunkach odpowiadać współczesnej wiedzy. Obecne dzieło nie jest jednak bynajmniej przeróbką lub odświeżeniem dawniejszego, lecz stanowi odrębną, oryginalną pracę, różniąc się od tamtego całym układem i sposobem przedstawienia rzeczy. Wzbogacony długoletniem doświadczeniem badacza, nauczyciela i znawcy, daje prof. Wachholz w swem nowem dziele nie tylko dokładny i zwięzły przegląd wszystkich zdobyczy nauki, wchodzących w zakres medycyny sądowej, ale czyni to w sposób niezwykle umiejętny, uwzględniający potrzeby uczącej się młodzieży, lekarza sądowego lub prawnika, który pragnie znaleźć w tej książce przewodnika w nauce i praktyce. Te względy praktyczne przeważały przy budowie dzieła, to też pomimo olbrzymiej, wprost niezwykłej znajomości literatury przedmiotu unikał autor starannie przeładowania treści szczegółami, podając rzeczy bądź tylko zupełnie pewne, bądź dając pogląd na główne kierunki badań w zagadnieniach jeszcze nierozwiązanych. Aby jednak ułatwić czytelnikowi dokładniejsze zapoznanie się z poszczególnemi zagadnieniami, zestawia autor po każdym rozdziale książki najważniejsze prace w danym przedmiocie, uwzględniając przedewszystkiem piśmiennictwo polskie. Również oszczędnym jest autor w przytaczaniu kazuistyki, czerpiąc w tym kierunku głównie ze swego bogatego doświadczenia. Ustawy, których znajomość jest potrzebna dla studyum medycyny sądowej, zestawione są w umiejętnie wybranych wyimkach i omówione krótko a zwięźle bez zapuszczania się w problemy czysto prawnicze. Uwzględnione zostało ustawodawstwo, obowiązujące na ziemiach polskich, a więc austryackie, niemieckie i dotychczasowe ustawy Królestwa polskiego, nadto dodaje autor odpowiednie ustępy z najnowszego projektu austryackiej ustawy karnej, uważając go słusznie za wyraz nowoczesnej ewolucyi prawa karnego. Wypowiada jednak w przedmowie autor nadzieję, że danem mu będzie niebawem przystąpić do nowego wydania obecnego dzieła, uzupełnionego ustawami odrodzonej — dodajmy od siebie — i zjednoczonej Ojczyzny.

Po wstępie, określającym istotę, rozwój i cel nauki medycyny sądowej i po krótkiej części ogólnej, traktującej o lekarzu znawcy i jego zadaniach, przystępuje autor wprost do części szczegółowej, podzielonej na szereg rozdziałów. Zaczyna je rzecz o stwierdzeniu tożsamości osoby, gdzie czytelnik znajdzie wszystkie potrzebne do tego celu wskazówki, przyczem uwzględnione są tutaj — acz krótko, może nawet za krótko — nowe sposoby identyfikacyi osób, używane w kryminalistyce. Obok tablic autorów obcych, przedstawiających stosunek wzrostu do wieku, daje prof. Wachholz i wyniki własnych w tym kierunku pomiarów, uzyskanych na wcale pokaźnym materyale. W następnym rozdziale o śmierci i zmianach pośmiertnych odczuwam w początkowych, zbyt może zwięzłych uwagach o zjawisku śmierci brak dostatecznego podkreślenia faktu, że śmierć ustrojowa nie jest zazwyczaj momentem, lecz procesem krócej lub dłużej trwającym, że zatem ścisłe określenie chwili śmierci jest często niemożebne, że zatem ostrożność w tym względzie jest wskazana. Ze względów praktycznych mówimy o śmierci ustroju wówczas, gdy już przez pewien czas nie ma ani akcyi serca ani oddychania, dopóki więc serce bije, nie można jeszcze mówić o śmierci ustroju. Stąd też uważam za niewłaściwy dopisek pod linią do odnośnego ustępu, dotyczący przypadku, w którym u płodu stwierdzono bicie serca, trwające przez 3 godziny »po śmierci«; nikomu bowiem nie wolno było przez te 3 godziny rozpoznać śmierci płodu, lecz uważać się go musiało za osobnika żywego, i to zwłaszcza ze stanowiska prawnego, n. p. w kwestyi dziedziczenia majątku i t. p. Uczeń zaś, przeczytawszy taki ustęp, może być łatwo wprowadzony w błąd i w praktyce wydać mylne orzeczenie. W dalszym ciągu tego rozdziału nie zupełnie zgodziłbym się ze zdaniem autora, że zachowanie się połów serca w zwłokach stężałych niema żadnego znaczenia w dyagnostyce różniczkowej między śmiercią z uduszenia, a śmiercią z porażenia serca, bo pomijając już to, że sam Virchow szczegół ten podnosił, doświadczenie poucza, iż istotnie w przypadkach śmierci z porażenia serca wskutek zmian w jego mięśniu lewa komora jest szczególniej wiotka, co się tłómaczy właśnie zmianami w mięśniu, upośledzającemi stężenie pośmiertne, których zazwyczaj w przypadkach śmierci z uduszenia niema. Również wbrew zdaniu autora poucza mnie moje doświadczenie, między innemi z obecnej wojny, że zwłoki osób, zmarłych z powodu ostrej niedokrwistości, zwłaszcza przy krwotokach zewnętrznych, ulegają niezwykle silnemu i długotrwałemu stężeniu pośmiertnemu. W następnym rozdziale o badaniu szczątków ciała podaje autor obok innych ustępów sposoby badania śladów krwawych, a podnieść tu należy niezwykle jasne a zwięzłe przedstawienie zasad serologii, których zrozumienie sprawia zazwyczaj uczniom sporo trudności. Nie wiem tylko, dlaczego autor tak poleca do wyciągania barwika krwi z plam pirydynę (może za Leersem) pomimo, że ma ona obrzydliwą gryzącą woń i o wiele gorzej rozpuszcza barwik krwi, niż zwykły ług potasowy lub sodowy, zwłaszcza z dodatkiem alkoholu. Bardzo piękny jest rozdział o dochodzeniu rodzaju i przyczyn śmierci, uwzględniający między innemi nowsze badania nad wewnętrznem wydzielaniem. W rozdziale o dochodzeniu obrażeń ciała poświęca autor sporo miejsca zagadnieniom nad stosunkiem urazu do różnych schorzeń ustrojowych, tak ważnemu w praktyce sądowo-lekarskiej i przy stosowaniu nowoczesnych ustaw o ubezpieczeniu robotników od wypadku, które są w pełni uwzględnione. Natomiast stosunkowo krótko rozprawia się autor ze symulacyą chorób, co zasługiwałoby na szersze omówienie, a również odczuwam tu brak praktycznych wskazówek do oceniania bolu, wywołanego obrażeniami lub chorobami będącemi następstwem urazu, co zwłaszcza początkującemu znawcy w procesach cywilnych nastręcza sporo trudności. Wreszcie przy interpretacyi § 156 a. u. k. co do podciągania utraty wzroku na jednem oku pod to postanowienie ustawowe należałoby może przecież pozostawić tę sprawę do pewnego stopnia otwartą, bo aczkolwiek ta interpretacya jest w podręcznikach medycyny sądowej powszechnie przyjęta, to jednak zdanie to spotyka się ze sprzeciwem właśnie ze strony okulistów, którzy też często inaczej orzekają na tej podstawie, że utrata wzroku na jednem oku obniża tylko o około 12% zdolność widzenia wogóle, jak to obliczył Szulisławski, nie osłabia więc wzroku w znacznym stopniu. Różne też pod tym względem są orzeczenia Najwyższego Trybunału sądowego w Wiedniu. Z podstawowego działu medycyny sądowej o śmierci gwałtownej rzecz o śmierci z uduszenia opracowana jest wprost świetnie, szczególniej zaś cenne są ustępy o śmierci z utonięcia, w których autor mógł się powołać na swoje własne fundamentalne prace w tym przedmiocie. W dyagnostyce śmierci z uduszenia stanął autor na jedynie słusznem stanowisku, że tylko wykazanie mechanicznego gwałtu lub czynnika zdolnego do zniesienia czynności oddechowej dozwala na rozpoznanie uduszenia jako przyczyny śmierci; może rozpowszechnienie tej książki usunie zakorzeniony wśród lekarzy dawny sposób myślenia, według którego najpierw z obrazu sekcyjnego narządów wewnętrznych rozpoznawano uduszenie, a potem naciągano niejako do tego rozpoznania sposób jego powstania. Żałuję, że autor przy omawianiu śmierci z powieszenia, dając już kilka klasycznych rycin, nie dodał schematycznego rysunku, przedstawiającego stosunki anatomiczne narządów szyi przy powieszeniu; rysunek taki widuje się w podręcznikach obcych, a uzmysławia on opis tych zmian, dla ucznia mniej zdolnego nie tak łatwo zrozumiały. Również

choćby ze względów dydaktycznych nie należało pominąć przytoczenia liczb, oznaczających wielkość ciężaru, potrzebnego do zaciśnięcia poszczególnych naczyń szyi przy powieszeniu, bo takie konkretne szczegóły tkwią łatwo w pamięci ucznia i tłomaczą mu najlepiej t. z. częściowe powieszenie. Rzecz o śmierci z otrucia utrzymana jest w ramach potrzebnych dla praktyka, gdyż bardziej szczegółowe omawianie tego przedmiotu stanowi już osobną naukę toksykologii; i tu jednak chętnie widziałbym dodanie kilku rycin, mianowicie najważniejszych roślin trujących, jak wilcza jagoda, bieluń i lulek, których zupełna nieznajomość jest wprost u wielu lekarzy uderzająca, co tak ujemnie może wpłynąć na tok dochodzenia w przypadkach otrucia temi roślinami. W następnym rozdziale o dzieciobójstwie, który raczej powinien być umieszczony dalej po rozdziale o dochodzeniu ciąży, porodu i poronienia, należałoby może nie uwypuklać tak znaczenia różnych prób życiowych, w szczególności próby płucnej, a położyć główny nacisk na należyte badanie anatomiczne płuc, które, ściśle rzecz biorąc, samo wystarcza do oceny, czy w płucu znajduje się powietrze czy nie; wszelkie te próby życiowe powinien lekarz uważać tylko za pomocnicze metody badania, a zaznaczenie tej właśnie okoliczności uchroni go od szablonowego wykonywania próby płucnej bez zbadania i porządnego opisania stanu płuc, co w aktach sądowych tak często się spotyka i utrudnia późniejsze ocenienie sprawy. W rozdziale o dochodzeniu niemocy płciowej wskazanem było, jeżeli już autor dotyka istoty popędu płciowego i porusza teoryę hormonów, omówić bliżej samą fizyologiczną stronę zjawiska erekcyi i ejakulacyi i na tem tle tłomaczyć ich zaburzenia, zwłaszcza funkcyonalne. Za skąpe również wydają mi się uwagi i wskazówki, dotyczące sposobu badania, wnioskowania, a zwłaszcza konstrukcyi orzeczenia w przypadkach dochodzenia niemocy płciowej bez podstaw anatomicznych, sprawy te bowiem, niezwykle ważne a delikatne, wymagają ze strony lekarza znawcy bardzo umiejętnego traktowania. Niejednokrotnie odpowiednio zbudowane orzeczenie lekarskie, nie wychodząc bynajmniej poza prawdę i rzeczywistość, może sądowi, który ze zrozumiałych powodów kieruje się w procesach o unieważnienie małżeństwa pewną liberalnością, dać dostateczny substrat do przyjęcia niemocy płciowej (choćby względnej i wynikającej z pewnych czynników n. p. zahamowań psychicznych) w przypadkach, w których ona nie da się absolutnie udowodnić. Wreszcie w dziale o dochodzeniu ojcostwa warto było choć pokrótce wspomnieć o badaniach Dungerna i Hirschfelda, według których przez wykazanie w krwi dziecka i domniemanego ojca pewnych biochemicznych struktur (isoaglutynin), odziedziczalnych według ścisłych praw (Mendla), możnaby przedmiotowo stwierdzić ojcostwo. Badania te wprawdzie dopiero w zaczątku nie mają jeszcze praktycznego znaczenia, jednak stanowią bardzo zajmujący przyczynek do serologii i bądź co bądź otwierają drogę do daleko idących następstw nawet dla rozwoju prawa. Przy omawianiu obojnactwa uległ autor w jednym z ustępów nieprzyjemnej pomyłce, podając rycinę (Fig. 16), przedstawiającą rzekomo przypadek »juxtappositio membrorum« wedle Neugebauera. Tymczasem rycina ta nie odpowiada wcale przypadkowi, badanemu i opisanemu przez Neugebauera, ale pochodzi z dzieła Columbusa z XVI wieku i jest niewątpliwie wytworem fantazyi. Wogóle »juxtappositio membrorum« jest rzeczą zupełnie niedowiedzioną (przypadek Neugebauera jest całkiem niepewny, a przez Nagla wprost zakwestyonowany), embryologicznie niezrozumiałą i wogóle nieprawdopodobną. Dlatego o tem nie należało w podręczniku nawet wspominać. Następne rozdziały mówią o dochodzeniach ciąży, porodu i poronienia oraz o dochodzeniu w przestępstwach płciowych. W tym rozdziale omówione są też, i to wcale szeroko, zboczenia w popędzie płciowym z dodaniem uwag o odpowiedzialności karnej za czyny, wynikające z tych zboczeń, przyczem możnaby dyskutować z autorem co do podciągania tych przypadków pod pojęcie nieodpornego przymusu (§. 2. g. a. u. k.), które wedle zdania jurystów odnosi się tylko do przymusu zewnętrznego. W ustępie, mówiącym o nierządzie ze zwierzęciem, upomnieć się tu muszę o pominięcie niezwykłego przypadku sodomii, opisanego przez kol. Sołtysika ze Stryja (Lw. Tyg. lek. 1914 Nr. 30), dotyczącego aktu spółkowania psa do rzyci chłopca, przyczem nastąpiło u chłopca pęknięcie kiszki stolcowej aż do pęcherza moczowego. Następny rozdział o odpowiedzialności lekarza traktuje rzecz tę zwięźle, ale wyczerpująco.

Zamyka wreszcie książkę obszerny rozdział o dochodzeniu stanu umysłowego. Prof. Wachholz dokazał tu prawdziwej sztuki, obejmując w 80 stronicach tak ogromny materyał, jaki stanowi psychopatologia sądowa, a podając w nim wszystko, co jest ważne i potrzebne dla ucznia, lekarza i prawnika, i to w sposób niezwykle przejrzysty i zajmujący. Coby mi tu jeszcze brakowało, to kilku uwag, a raczej rad, dotyczących technicznej strony czynności znawcy przy dochodzeniu stanu umysłowego, zwłaszcza w sprawach karnych, a więc miejsca, czasu badania, studyum aktów, uzupełnienia dochodzeń, sposobu opracowania całego elaboratu i konstrukcyi orzeczenia; rzeczy te wprawdzie przychodzą same z praktyką, ale tu poruszone być powinny ze wskazaniem na niedostatki istniejącego stanu rzeczy i na postulaty w przyszłości. Również widziałbym chętnie choćby krótkie wzmianki o nowoczesnych badaniach inteligencyi, uwagi, spostrzegania i t. p. z odesłaniem do odpowiednich dzieł w literaturze, gdyż poza akademickiem znaczeniem metody te najrychlej właśnie mogą mieć zastosowanie przy dochodzeniu stanu umysłowego dla sądu przy tak licznych badaniach oligofrenów. Wreszcie zasługiwałaby na szersze uwzględnienie sprawa ostrego upojenia i przedstawienie ogólne i w danych statystycznych jego znaczenia kryminologicznego. Przedmiot ten powinien znać każdy przyszły lekarz szczególnie dobrze, a nigdzie indziej się tego nie nauczy w zwyczajnym biegu studyów lekarskich. Nakoniec względy praktyczne przemawiały za obszerniejszem nieco omówieniem sprawy t. z. psychoz więziennych i symulacyi choroby umysłowej. Co do samej treści tej części psychopatologicznej zaczepić muszę interpretacyę autora co do detencyi umysłowo chorych w myśl nowej ustawy austryackiej o pozbawieniu własnowolności. Z wywodów jego wynikałoby, że rozstrzygać tu ma okoliczność, czy dany osobnik jest lub nie jest niebezpieczny dla otoczenia, tymczasem tak się rzecz nie ma, gdyż wedle tej ustawy dopuszczalność zatrzymania jakiej osoby w zakładzie zamkniętym zależy tylko od stwierdzenia, że ona jest umysłowo chora, choćby nie przedstawiała żadnego niebezpieczeństwa dla siebie lub otoczenia. Kwestya niebezpieczeństwa ze strony chorego może być rozstrzygającą dla lekarza powiatowego lub gminnego, który tem uzasadnia szybką potrzebę odstawienia chorego do zakładu bez poprzedniego porozumienia się z zakładem i bez innych formalności. Sprawę stanowiska zwyrodniałych do kwestyi poczytalności, a w szczególności sprawę umieszczania ich w osobnych zakładach, ujmuje autor zupełnie słusznie z nowoczesnego punktu widzenia; niestety istniejące u nas stosunki, a także i ustawy nie pozwalają na przeprowadzenie tych zasad w praktyce. Dlatego też zwyrodniałych przestępców musi się traktować kompromisowo i indywidualnie, a więc jednych kwalifikować do więzienia, innych przy znacznym stopniu zwyrodnienia przedstawiać już jako umysłowo chorych, a zatem nieodpowiedzialnych, przy naciągnięciu, co prawda, odpowiednich postanowień ustawowych. Wnosząc ze stanowiska, zajętego przez autora w sprawie zwyrodniałych przestępców, uważam za błąd prawdopodobnie drukarski (przez opuszczenie kilku wyrazów) zdanie, że »o ileby dało się stwierdzić, że dane przestępstwo miało za motyw tylko zwyrodnienie charakteru, właściwe obrazowi alkoholizmu przewlocznego.... to odpowiedzialność karna musiałaby być wykluczona«; sądzę bowiem, że w tych przypadkach autor właśnie przyjąłby odpowiedzialność przestępcy w przeciwstawieniu do innych, gdzie wchodzą w grę już dalsze zboczenia, a w szczególności i urojenia niewiary małżeńskiej. W podziale klinicznym psychoz prof. Wachholz trzyma się najpowszechniej dziś przyjętej szkoły Kräpelinowskiej; silniejsze zaznaczenie związku między zwyrodnieniem psychicznem a histeryą i neurastenią wrodzoną oraz traktowanie na tem wspólnem tle myśli natrętnych, a zwłaszcza t. z. obłąkania popędowego (zamiast przyłączenia tych rzeczy wyłącznie do neurastenii) odpowiadałoby lepiej mojemu przekonaniu.

Pozwoliłem sobie na tych kilka uwag nie w tym celu, aby koniecznie wytknąć jakieś usterki, lecz by dać dowód, że wobec powagi i znaczenia dzieła swego obowiązku sprawozdawcy nie zlekceważyłem. W całości bowiem książka ta jest wprost znakomita i piśmiennictwo lekarkie polskie dumne tylko być może z tego nowego nabytku. Porównując książkę prof. Wachholza z nowszymi a dobrymi podręcznikami medycyny sądowej w obcych językach, a to w szczególności z niemieckim Krattera i z francuskim Thoinota, przyznać się musi, że ten nasz nowy podręcznik nie tylko nie ustępuje tamtym, ale je nawet w niejednym kierunku przewyższa, nie mówię zaś nawet o podręczniku niemieckim Harnacka, który ma tyle błędów i niedostatków, że na to porównanie całkiem nie zasługuje. Szczególną zaletę książki prof. Wachholza stanowi styl i język, dostatecznie zresztą już znane czytelnikowi lekarskiemu polskiemu z licznych jego publikacyi, prawdziwą zaś okrasą są cytaty z dzieł wielkich poetów i myślicieli, zwłaszcza Szekspira, które rozrzucone w umiarkowany sposób wśród treści lub w przypiskach, ilustrują doskonale myśl autora, a mają oprócz estetycznej także istotną

wartość dydaktyczną, ułatwiają bowiem zrozumienie odnośnego zjawiska, pobudzają uwagę i fantazyę czytelnika i stanowią dlań pomoc mnemotechniczną. To też dzieło prof. Wachholza czyta się lekko i z prawdziwą przyjemnością. Techniczna strona wydawnictwa nie pozostawia nic do życzenia. Druk i papier dobre, prawie jak za przedwojennych czasów, korekta bardzo staranna. W książce znajduje się 22 rycin w tekście i 6 osobnych tablic z 42 rycinami; z pierwszych nie mogą zadowolić ryciny 2, 3, 14, 15, 16, drugie są na ogół dobre z wyjątkiem ryciny 2 ne tablicy V, robionej niewątpliwie z fotografii rysunku, a nie preparatu.

W zakończeniu niniejszego sprawozdania niech mi będzie wolno jeszcze podnieść, że omawiane dzieło prof. Wachholza jest setną z rzędu Jego publikacyą, a data jego wydania (1919) schodzi się właśnie z 25. rocznicą Jego pracy nauczycielskiej. Stanowi więc ono dostojny pomnik tego podwójnego jubileuszu autora. Jako najstarszy uczeń i pierwszy asystent prof. Wachholza z czcią patrzę dziś na stos leżących przedemną Jego publikacyi, przerzucając z rozrzewnieniem te, które powstawały jeszcze w moich oczach, z podziwem oceniam ten ogrom pracy, zapału i wytrwałości, tę niezmierną wielostronność umysłu autora, u którego żadne zagadnienie, dotyczące umiłowanego przez Niego przedmiotu nie pozostało bez oddźwięku, który umiał jak nikt inny połączyć obowiązki profesora, badacza i praktycznego znawcy. Z prawdziwą też dumą może dzić prof. Wachholz spojrzeć wstecz na ubiegające ćwierć stulecia swojej działalności, a że wiek Mu jeszcze nie poorał czoła, więc księga Jego zasług nadal otwarta i niezawodnie wypełniona jeszcze będzie złotemi głoskami. Nie pora też jeszcze na szczegółowe omawianie twórczości Szanownego Profesora, a obecne czasy wojenne nie dozwalają na inne uczczenie Jego jubileuszu. Niech więc na razie przyjmie Szanowny Jubilat choć w tej formie i na tem miejscu wyrazy prawdziwej czci i serdeczne życzenia dalszej zbożnej pracy, które Mu składam od siebie i w imieniu licznych Jego uczniów.

W. Sieradzki.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 26 czerwca 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 21.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto. Na wniosek Wydziału wybrano członkiem Towarzystwa koleżankę Birnbaum-Gruszecką.

II. Kol. Rogalski przedstawia preparat **śródbłoniaka mózgu** i omawia objawy kliniczne, jakie za życia chorego spostrzegał.

W dyskusyi zabierał głos kol. prof. Gliński.

III. Kol. Rychliński przedstawia 1) przypadek włókniaka podsurowiczego dna macicy, wagi 12½ kg.; 2) torbieli jajnikowej, ważącej 17 kg.; 3) torbieli skórzakowej, wielkości małej głowy, wychodzącej z sieci, zawierającej w otoczce szereg blaszek kostnych, miejscami połączonych szwami; 4) przypadek rozległej przetoki pęcherzowo-pochwowej i pęknięcia odbytnicy aż do sklepienia z całkowitem prawie zniszczeniem zwieracza u chorej z wybitnie krzywiczą budową kośćca i miednicą ogólnie ścieśnioną płaską, u której poród trwał 5 dni i ukończony został przez »babkę« w taki sposób, że po zrobieniu otworu w czaszce i wypuszczeniu mózgu, jedną rękę wprowadziła do odbytnicy, drugą pod spojenie łonowe i siłą wydobyła płód. Przypuszczać należy, że przetoka pęcherzowo-pochwowa powstała z powodu nacisku główki płodu na odpowiedni odcinek z następową martwicą, zaś pęknięcie odbytnicy spowodowane zostało manipulacyą babki. Operacya obu przetok jednocześnie dała wynik dodatni.

IV. Kol. Rychliński wygłosił wykład p. t. **Ciąża zewnątrzmaciczna w świetle przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.** (Referat w całości będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Zubrzycki, Rosner, Wojciechowski, Krzyształowicz i prelegent.

Sekretarz doroczny, Dr Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 15. marca 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 27.

I. Kol. Ruff omawia i przedstawia przypadek **mięsaka** w jamie brzusznej, **leczony promieniami Röntgena**.

W dyskusyi: 1) Kol. Meisels zaznacza, że chorego naświetlał polami, których 8 było na brzuchu, a 8 na grzbiecie. Na każde z nich aplikował w seryach 8—10 jednostek Holzknechta pod blachą aluminiową grubości 3 mm. Seryi takich dostał chory dotychczas 4. Na skórze nie było z wyjątkiem brunatnego zabarwienia i łuszczenia się naskórka żadnych zmian. Używał rur chłodzonych wrzącą wodą (Siederöhren), które dozwalają na silniejsze obciążenie prądem elektrycznym (natężenie prądu wynosiło 4—5 M. A.) i dają promienie o znacznej twardości (9—10 stopni skali Wenehlta) i o znacznej jednolitości. Tym to czynnikom przypisuje cały wynik, gdyż w ten sposób mógł uzyskać odpowiedni stosunek pomiędzy dawką na powierzchni skóry, a dawką w głębi bez uszkodzenia skóry i przy stosunkowo niewielkich dawkach.

2) Kol. Gluziński, nie kwestyonując leczniczego znaczenia promieni Röntgena wobec mięsaków, zaznacza, że w przypadku kol. Ruffa niema pewności, że chodzi tu o mięsaka, a nie o ziarniniaka (granuloma) lub gruźlicę.

3) Kol. Schramm był dawniej pesymistą co do wyników rentgenoterapii mięsaka, zmienił jednak zupełnie swe przekonanie wobec wyników, otrzymanych przez kol. Pańczyszyna w przypadkach z jego oddziału.

4) Kol. Nowicki mówi o wpływie naświetlania na różne histologiczne postacie mięsaków i zmianach, jakie w nich pod wpływem naświetlań występują, a opiera się m iędzy innemi na preparatach przez siebie badanych, a przysyłanych przez kol. Pańczyszyna. Nie ulegą wątpliwości, że zachowanie się mięsaków po naświetlaniach pozostaje w związku z ich utkaniem.

II. Kol. Demianowski wygłosił odczyt p. t. **Oligofrenia a gruczoły z wydzielaniem wewnętrznem.**

W dyskusyi przemawiali kol. Zagórski i Sieradzki.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 22. marca 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 29.

I. Kol. Rothfeld przedstawia przypadki **nerwicy wojennej** z oddziału neurologicznego rezerwowego szpitala wojskowego we Lwowie i omawia stanowisko Oppenheima w tej sprawie, oraz zarzuty przeciwników.

II. Prof. Hirschler wygłasza odczyt p. t. **Z nowszych badań nad protoplasmą komórki.**

W dyskusyi zabiera głos kol. Nowicki: Sprawa poznania morfologicznej i chemicznej budowy protoplasmy komórki jeszcze dużo pozostawia do życzenia. Fakt ten jest niewątpliwie następstwem owej zdolności protoplasmy zmieniania swej morfologicznej budowy, owego morfologicznego metabolismu, jak go nazywa Ružička, zależnego od stanu spokoju względnie czynności badanej komórki. Wszak sam odkrywca mitochondryów Benda utożsamia je z bioblastami Altmanna. Jeżeli tak jest, to zrozumiałem jest, na jakie trudności musi napotykać patolog i jak krytycznie zmiany w komórce musi oceniać. Przykładem choćby tak często stwierdzane zmiany w ćmem zwyrodnieniu, o których nie wiemy, czy są następstwem zmian w części nieupostaciowanej protoplasmy komórki, czy też następstwem rozpadu substancyi siatkowej, mitochondryów i t. p. Wobec łatwego przechodzenia zziarnienia w owem zwyrodnieniu w zmiany tłuszczowe, nasuwa się przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z rozpadem mitochondryów, które składają się z ciał lipoidowych. Niemniej w interesujących badaniach ostatnich lat nad zachowaniem się i pochodzeniem tłuszczów i lipoidów w komórkach przekonano się n. p., że po zastosowaniu pewnych metod (Noll) możemy ujawniać w protoplasmie kuleczki względnie ziarenka lipoidów, przedtem polarymetrycznie i sposobami barwienia niewidocznych. Ciekawem byłoby stwierdzenie, w jakim fizycznym lub chemicznym związku pozostaje to zjawisko, nazwane przez Niemców »Fettphanerosis«, z chondryosomami. Mowca wreszcie zapytuje się prof. Hirschlera, jak zapatruje się na stosunek aparatu Golgiego do nauki Holmgrena o trophospognium.

W dyskusyi przemawiał nadto kol. Hornowski.

X. **Posiedzenie naukowe z dnia 12. kwietnia 1918.**

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

Przewodniczący żali się na małą frekwencyę kolegów na posiedzeniach naukowych, niepunktualność prelegentów oraz na wielkie zaległości w wkładkach. W sprawie tej przemawiali kol. Franke, Müller i Nowicki.

I. Kol. Nowicki: a) **Wrodzony brak** części ramienia poprzecznego **okrężnicy** w pobliżu jej śledzionowego zagięcia u 6-dniowego noworodka, zmarłego z powodu ogólnego zapalenia otrzewnej. Jelito cienkie, szczególnie zaś dośrodkowa część jelita grubego, jest bardzo znacznie rozdęta i wypełniona treścią, podobną do smółki, natomiast obwodowy odcinek tegoż jelita podstawia się pod postacią postronka, zawierającego światło i próżnego. Ramię wstępujące jest bardzo wydłużone i tworzy liczne pętlowate zagięcia. Oba końce ślepe jelita są gładkie, nie wykazują zmian, któreby świadczyły o dawniej przebytem zapaleniu. Mowca przytacza i omawia przypuszczalne sposoby powstawania tego rodzaju braków i niedrożności jelit u płodów wzgl. noworodków, podnosząc szczególniejszą rzadkość ich w jelicie grubem i trudności w tłómaczeniu ich powstawania.

b) **Macica i pochwa podzielona** u kobiety 23-letniej z gruźlicą, niedokształtem serca i tętnicy głównej, nerkami płatowemi i wogóle ogólnym niedostatecznym rozwojem.

c) **Nadmierny** i pod względem kształtu **niezwykły rozwój kostnej blizny** po dawnem złamaniu szyjki kości udowej.

II. Kol. Tomaszewski wygłosił odczyt p. t.: **O durze powrotnym** (z demonstracyą preparatów krwi i krzywych gorączki). (Rzecz ogłoszona w Nrze 41 »Przeglądu lekarskiego«).

W dyskusyi kol. Pisek wspomina o epidemii w r. 1877 w Krakowie. Rozpoznanie, podczas epidemii łatwe, wahać się może między durem brzusznym a plamistym; w przypadkach sporadycznych rozstrzyga obraz krwi.

W dyskusyi przemawiali nadto kol. Sabatowski, Franke, Hornowski i prelegent.

W sprawie kierownictwa krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie.

Z powodu rozpisania przez Wydział krajowy konkursu na posadę dyrektora krajowego Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem, uchwalił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego na posiedzeniu z dnia 18 b. m. jednomyślnie podać do wiadomości Wydziału krajowego, co następuje:

Posada dyrektora krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie jest jednym z najważniejszych i najbardziej odpowiedzialnych posterunków społeczno-lekarskich w Polsce. Dlatego też przy zamianowaniu nowego dyrektora tego zakładu koniecznem jest upewnienie się, aby posada dostała się w najbardziej ukwalifikowane i odpowiednie ręce, nie powinna zatem być nadana bez zasięgnięcia fachowej opinii odpowiednich kompetentnych czynników, to jest wydziałów lekarskich uniwersyteckich, przedewszystkiem zaś Wydziału lekarskiego krakowskiego, dla którego Zakład w Kobierzynie już ze względu na swą bliskość ma niezmierne znaczenie. Jeżeli w statucie Zakładu w Kobierzynie taki sposób postępowania nie jest przewidziany, w takim razie jest to zasadniczy błąd, który należy jaknajprędzej naprawić.

Ponieważ konkurs powyższy rozpisany został przez Wydział krajowy dnia 31 lipca b. r., a termin wyznaczony do składania podań już 30 września upłynął, to wobec zasadniczych ogólno narodowych zmian, jakie w bieżącym miesiącu zaszły, uważa Wydział lekarski, że w obecnych czasach, kiedy cała administracya sanitarna przy objęciu kraju przez rząd polski musi uledz kompletnemu przeobrażeniu, obsadzenie definitywne posady kierownika tak wielkiego zakładu leczniczego, jakim jest Kobierzyn, powinno być na razie odroczone i pozostawione przyszłym władzom państwa polskiego, tem więcej, że Wydział krajowy jeszcze nie mógł zacząć rozpatrywać podań kandydatów.

W punkcie trzecim konkursu, rozpisanego przez Wydział krajowy, powiedziano, że »do podań należy załączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów monarchii austryacko-węgierskiej«. — Otóż warunek ten, ażeby o posadę dyrektora najnowszego polskiego zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie, będącego ostatnim wyrazem wymagań nowoczesnej psychiatryi, mogli ubiegać się tylko kandydaci, posiadający dyplom doktora, uzyskany na jednym z uniwersytetów monarchii austryacko-węgierskiej, w dzisiejszych zmienionych warunkach narodowo-społecznych jest z narodowego stanowiska wręcz niedopuszczalny.

Dlatego też Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego domaga się kategorycznie, ażeby Wydział krajowy, zważywszy olbrzymią odpowiedzialność, jaka ciąży na nim wobec całej Polski za obsadę tak ważnego stanowiska, uwzględniając nowe zmienione dziś warunki życia narodowego, sprawę obsady stanowiska dyrektora krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie albo odroczył do chwili objęcia przez rząd polski urządzeń sanitarnych wszystkich ziem polskich, albo żeby rozpisał na tę posadę ponowny konkurs, zapraszający do współubiegania się o nią kandydatów ze wszystkich ziem polskich, wreszcie ażeby Wydział krajowy przed rozstrzygnięciem konkursu, o naukowych i lekarskich kwalifikacyach kandydatów, jacy się zgłoszą, zasięgnął fachowej opinii Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, ewentualnie obydwu wydziałów lekarskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie z powodu zachorowania prelegentów na grypę nie odbyło posiedzenia, zapowiedzianego na 23. b. m.

— Z powodu przedrukowanej przez nas w Nrze 40 p. t. »Ze zdrojowisk krajowych« notatki dziennikarskiej o wnioskach dra Kazimierza Soleckiego, otrzymaliśmy z Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk prośbę o sprostowanie, że dr. Solecki nie jest prezesem tego Związku i że zdrojowisk krajowych nie objeżdżał z ramienia tego Związku, ale jako znawca w gronie komisyi, wysłanej przez Sekcyę III Urzędu odbudowy Galicyi. Prezesem Krajowego Związku zdrojowisk jest, jak i dawniej, Jan hr. Potocki z Rymanowa.

Lwów. Wydawnictwo »Ruchu filozoficznego« pod redakcyą prof. dra Twardowskiego zostało wznowione po 4-letniej przerwie.

Warszawa. Wyszedł z druku drugi zeszyt czasopisma p. t. »Zagadnienia rasy«. Zawiera on artykuły: dra Miklaszewskiego: »Oficer armii rosyjskiej ze stanowiska rasy« i dra Wernica: »Sprawa ludności w Polsce, a choroby weneryczne« (cz. II).

— Doc. dr Józef Jaworski ustępuje po 10-letniej pracy ze stanowiska redaktora »Zdrowia« z powodu objęcia nowych obowiązków urzędowych i dydaktycznych. Na stanowisko redaktora »Zdrowia« ogłasza Towarzystwo higieniczne warszawskie konkurs.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 30. października 1918 o godz. 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Porządek dzienny: 1) Dr Blassberg: Przedstawienie chorego z rozsianymi bąblowcami. 2) Sprawa zmiany statutu i wysokości wkładki. 3) Prof. Dr Nitsch: O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 44. Kraków, 2. listopada 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 2. listopada 1918. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresyi peryodycznej i manii peryodycznej.

(Doniesienie tymczasowe.*)

Podał

Prof. Jan Piltz.

Przy zbieraniu wywiadów w przypadkach peryodycznej depresyi i peryodycznej manii — postaci psychozy maniakalno-depresyjnej — bardzo często podają sami chorzy lub ich krewni, że poszczególne stany depresyi lub manii występowały u nich albo bezpośrednio po doznanych wstrząsach moralnych albo w jakiś czas po nich.

Szczegółowe i przedmiotowe — bez suggestyonowania chorych, ich krewnych i siebie samego — zbieranie tych wywiadów i długoletnia obserwacya znacznej liczby tych przypadków chorobowych przekonały mnie, że występowanie tych poszczególnych stanów depresyi lub manii nie stoi w przyczynowym związku z przebytymi wstrząsami moralnymi, że najczęściej pomimo ciężkich przejść moralnych depresya lub mania się nie pojawia, albo że pomimo tego, iż chorzy ci żyją przez dłuższy czas w zupełnej równowadze moralnej i żadnych poważniejszych wzruszeń nie przeszli, zapadają spontanicznie na depresyę lub manię.

Z drugiej strony odnośnie do ewentualnego dziedzicznego obarczenia zboczeniami albo chorobami umysłowemi, przekonałem się, że w przeważającej większości tych przypadków rodzice, dziadkowie lub krewni tych chorych cierpieli na zupełnie identyczną postać psychopatologiczną, a mianowicie na peryodyczną depresyę lub manię**), na co już i inni autorowie zwracali uwagę.

Doświadczenie pouczyło mnie oprócz tego, że istnieje pewna fylogenetyczna patobiologiczna tendencya w tym kierunku, ażeby poszczególne okresy depresyi czy też manii u jednego i tego samego chorego (przynajmniej w pewnych dłuższych okresach jego życia) albo u kilku członków tej samej rodziny, cierpiących na peryodyczną depresyę lub manię, trwały mniej więcej tak samo długo, jak poprzednie.

Wreszcie zrobiłem spostrzeżenie, że w dość znacznej liczbie tych przypadków pierwszy »napad« depresyi lub manii występuje zazwyczaj u poszczególnych członków jednej i tej samej rodziny (oczywiście u tych, którzy na peryodyczną depresyę lub manię zapadają) mniej więcej w jednym i tym samym okresie ontogenetycznego czyli indywidualno-jednostkowego rozwoju, tak że n. p. pierwszy stan depresyjny występuje u dziadka, matki, u samegoż chorego i u jego siostry — mniej więcej około 20. roku życia.

Skłonność laików, ale często także i lekarzy, do upatrywania związku przyczynowego pomiędzy stanami depresyi czy też manii, a przebytymi wstrząsami moralnymi, wynika z jednej strony z wewnętrznej potrzeby szukania w każdym przypadku przyczyny powstania choroby, z drugiej strony jednak z powierzchownego rozumowania, niezdolności do głębszego zastanawiania się nad zjawiskami przyrody, braku przyrodniczego wykształcenia, w szczególności zaś z powodu braku znajomości nauki o dziedziczności.

Historye chorób odnośnych przypadków chorobowych podam w je-dnej z następnych publikacyi. Tymczasem pozwalam sobie na powyższe spostrzeżenia tylko krótko zwrócić uwagę dlatego, że przedstawiają one nietylko pewien interes naukowy, ale mają także duże znaczenie dla praktyki lekarskiej.

*) Według odczytu, wygłoszonego w maju 1914 r. w Towarzystwie neurologów i psychiatrów w Krakowie.

**) Obok peryodycznej depresyi lub innych postaci psychozy maniakalno-depresyjnej w tych rodzinach spotykamy nieraz w różnych pokoleniach oczywiście także i inne postacie chorób umysłowych albo nerwowych.

Z kliniki okulistycznej Uniw. Jagiel. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr K. Majewski).

Przyczynek do klinicznych objawów oderwania ciałka rzęskowego

podał

Dr Z. Żołędziowski, asystent kliniki

Oderwanie naczyniówki w przeciwstawieniu do oderwania siatkówki jest schorzeniem stosunkowo rzadkiem; w ostatnich latach mnożą się opisy przypadków oderwania naczyniówki.

Przyczyny powstania oderwania naczyniówki mogą być następujące: 1. Nowotwory naczyniówki. 2. Urazy, względnie operacye śródgałkowe. 3. Grupę trzecią tworzą przypadki o nieznanej etyologii, które Meller w swej pracy objął nazwą samorodnych.

Bezwzględną większość oderwań urazowych stanowią oderwania pooperacyjne, które Meller dzieli na wczesne i późne.

Dokładne badania oderwań pooperacyjnych naczyniówki, względnie jej części, t. j. ciałka rzęskowego, zawdzięczamy w pierwszym rzędzie Fuchsowi i Mellerowi. Wnioski, jakie Fuchs wysnuwa, opierają się na jego własnych badaniach klinicznych oraz anatomopatologicznych, jakoteż szczupłem zresztą piśmiennictwie. Za główną cechę dyagnostyczną w odróżnieniu od oderwania siatkówki uważa on płytkość przedniej komory, która jest następstwem czynnego przesunięcia ku przodowi ciałka szklistego. To przesunięcie ciałka szklistego nie może być tłomaczone zwiększeniem jego objętości, gdyż wówczas, wywierając większy ucisk na naczyniówkę, przeciwdziałałoby jej oderwaniu; przeciw temu również przemawia miękkość gałki ocznej, jeden z głównych objawów klinicznych oderwania naczyniówki. Zdaniem Fuchsa mamy do czynienia nie ze zwiększeniem ilości cieczy, lecz z przemieszczeniem cieczy wodnej z przedniej komory do przestrzeni pozanaczyniówkowej; to zaś jedynie jest możliwe w razie istnienia przerwy w miejscu przyczepu ciałka rzęskowego, dzięki czemu powstaje komunikacya między przednią komorą, a przestrzenią pozanaczyniówkową; przerwa taka łatwo powstać może podczas operacyi zaćmy. Ciecz wodna, dostawszy

się do tej przestrzeni, wypycha w obręb ciałka szklistego naczyniówkę. Zrozumiałem jest, że może to nastąpić tylko wtedy, gdy ciśnienie cieczy wodnej jest wyższe od ciśnienia, panującego w ciałku szklistem.

Obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego tłomaczy Fuchs łatwym bardzo odpływem cieczy z przestrzeni pozanaczyniówkowej poprzez wiotką tkankę nadnaczyniówkową do przestrzeni Tenona; przyczynia się do tego w niektórych przypadkach utrata ciałka szklistego podczas zabiegu operacyjnego. Fuchs zaznacza, że tłomaczenie to nie wyjaśnia przypadków, gdzie oderwanie naczyniówki występuje bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, lecz w jakiś czas później. Być może, że w tych przypadkach przerwa w miejscu przyczepu ciałka rzęskowego bezpośrednio po operacyi może zostać zamknięta przez skrzep krwi, względnie obrzęk tkanki, spowodowany urazem; potem po wessaniu skrzepów, względnie po ustąpieniu obrzęku tkanki, przez przerwę, położoną w nasadzie ciałka rzęskowego, ciecz wodna łatwo może się przesączać w przestrzeń nadnaczyniówkową.

Zdaniem Mellera czynniki powodujące oderwanie naczyniówki są następujące:

1. Zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Jest ono spowodowane utratą ciałka szklistego oraz zwiększeniem tylnej komory przez przesunięcie ku przodowi tęczówki oraz soczewki wskutek nagłego odpływu cieczy wodnej z przedniej komory.

2. Wzmożona sztywność i niepodatność twardówki. Tem się tłomaczy występowanie oderwania naczyniówki prawie wyłącznie po operacyi zaćmy twardej, dokonywanej zwykle u ludzi starszych, a więc po operacyi, podczas której przeprowadza się cięcie płatowe (extractio lobaris), w przeciwstawieniu do cięcia linijnego grotem przy operacyi zaćmy miękkiej (extractio linearis simplex), dokonywanej wyłącznie u ludzi młodych, posiadających twardówkę bardziej elastyczną. Podobnież i irydektomie przy jaskrze, która pociąga za sobą znaczne upośledzenie sprężystości twardówki, stanowią ogromną większość przypadków irydektomii z następowem oderwaniem naczyniówki.

3. Prawidłowe połączenie naczyniówki z siatkówką. Wielokrotnie podnoszono, że przyczyny oderwania powinny przedewszystkiem prowadzić do oderwania siatkówki, która jedynie w okolicy tarczy nerwu wzrokowego i rąbka zębatego (ora serrata) jest ściśle złączona z naczyniówką i twardówką. Meller na podstawie badań Halbena stwierdza, że siatkówka i naczyniówka są ze sobą niejako sklejone wskutek ścisłego przylegania nabłonka barwikowego i warstwy czopków i pręcików. Jeżeli połączenie to zostanie przerwane (naprzykład przez wysięk pozasiatkówkowy), wówczas przyczyny, mogące wywołać oderwanie naczyniówki, przedewszystkiem wywołają oderwanie siatkówki.

4. Szybkość i rozmiary obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego. Obniżenie to jest wzmożone przez płytkość przedniej komory i przenikanie wskutek tego do niej cieczy z ciałka szklistego; z drugiej strony ciecz wodna, ze wzmożoną siłą wydzielana przez wyrostki rzęskowe, dostaje się wprost do przestrzeni pozanaczyniówkowej i powstająca w ten sposób różnica ciśnienia między ciałkiem szklistem, a przestrzenią pozanaczyniówkową, wywołuje oderwanie naczyniówki; zamknięcie i wypełnienie przedniej komory sprowadza zaś wyrównanie tej różnicy i stopniowe ustępowanie oderwania. Zdaniem Mellera miękkość gałki ocznej spowodowana jest obecnością otworu, względnie rany, przez którą ciecz wodna wycieka i oderwanie naczyniówki trwa dopóty, dopóki oko pozostaje miękkie. Tłomaczenie to da się zastosować do późniejszych pooperacyjnych oderwań naczyniówki na skutek niedostatecznego zamknięcia lub pęknięcia rany i wyciekania cieczy wodnej z przedniej komory. Meller sądzi, że każda operacya zaćmy względnie irydektomia stwarza warunki dla oderwania naczyniówki, wskutek otwarcia przedniej komory, wypuszczenia cieczy wodnej i gwałtownego obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego; jednak w większości wypadków szybkie sklejanie rany oraz wypełnienie przedniej komory zapobiegają oderwaniu. Dzięki temu, jak przypuszcza Meller, znaczna ilość oderwań małego stopnia ogranicza się do bezpośredniego sąsiedztwa ciała rzęskowego i wskutek niemożności stwierdzenia wziernikiem pozostaje nierozpoznana. Oderwania naczyniówki niewielkiego stopnia, względnie oderwania samego ciałka rzęskowego, często nie zostają rozpoznane klinicznie, dlatego, że przy pomocy wziernika możemy oglądać dno oka w najlepszym razie w odległości $8^1/_2$ mm. od rąbka (limbus). Fuchs, określając położenie oderwań naczyniówki, mówi, »że przeważnie jednak leżą daleko ku przodowi, jak gdyby dosięgały ciałka rzęskowego. Wyrostków rzęskowych wszakże nigdy na nich nie widziano«! Dotychczasowe kliniczne rozpoznania oderwania ciałka rzęskowego opierały się na płytkości przedniej komory, miękkości gałki ocznej i obrazie wziernikowym.

Ponieważ w klinice tutejszej zdarzył się przypadek, w którym klinicznie bezpośrednio stwierdzono napewno oderwanie ciałka rzęskowego, uważam ogłoszenie tego przypadku za ciekawe i wskazane.

K. J. żołnierz, lat 30. 22/7. 1917. Chory podaje, że przed trzema dniami wpadł mu do oka odprysk z kosy; oko to od tego czasu boli, ropieje i nic niem chory nie widzi; silny ból głowy.

Badanie wykazuje silne łzawienie, przekrwienie i znaczne obrzmienie spojówki gałki oraz powiek; w dolnej części rogówka jak gdyby nakłuta, cała jej powierzchnia rozlanie zaćmiona, ciecz wodna mętna, w przedniej komorze na dnie ropa (hypopion) na wysokość 3 mm. Dołem wewnątrz od brzegu rogówki ku środkowi przebiega linijka ranka, długości 3 mm., lekko naciekła; tęczówka przekrwiona. Lewe oko prawidłowe. Wzrok prawego oka obniżony do poczucia światła; wzrok lewego oka prawidłowy (6/6). Rozpoznano ranę rogówki i ropne zapalenie tęczówki.

Po tygodniowem leczeniu maścią atropinową i ciepłymi okładami stan prawego oka znacznie się polepszył: wydzielina ustąpiła, przekrwienie spojówki gałki i nastrzykanie rzęskowe znacznego jeszcze stopnia, rogówka przejrzysta, ropa z komórki przedniej znikła zupełnie, źrenica na 7 mm. rozwarta, powierzchnia soczewki rozlanie zaćmiona, z głębi soczewki pod przednią torebką przebija więcej wysycone szarawo białe zaćmienie około 2 mm. średnicy; w górnej części źrenicy czarny pas o szerokości około 1·5 mm. Wziernikiem odblasku wydobyć nie można. Chory okiem tem liczy palce w odległości $^1/_2$ m. Leczenie to samo.

5/8. Nastrzykanie rzęskowe dość znaczne, źrenica o średnicy 6 mm., tęczówka pokryta wysiękiem; na dnie przedniej komory ślad ropy, przednia komora głęboka, soczewka zaćmiewa się. Leczenie: Atropina 4 razy dziennie, wieczorem dionina, opaska spirytusowa. Roentgen i sideroskop dają wynik ujemny.

10/8. Ropa z komórki przedniej całkowicie ustąpiła. — 31/8. Nastrzykanie rzęskowe mniejsze, rogówka przeźroczysta. — 3/9. Obniżenie wzroku do poczucia światła, projekcya dobra z wyjątkiem od góry. Napięcie wśródgałkowe nieco obniżone (T—1/2). Soczewka niezupełnie jeszcze zaćmiona, odblasku z dna wydobyć nie można. — 12/8. Oko nie podrażnione. — 19/9. Oko blade, w szerokiej źrenicy prześwieca pęczniejąca soczewka. — 8/10. Soczewka całkowicie zaćmiona.

10/10. Dokonano operacyi zaćmy miękkiej z równoczesnem wycięciem tęczówki oraz wypłukaniem resztek (extractio linearis cum iridectomia et irrigatione oc. dextri). Wykonano cięcie górą grotem blizko rąbka; szerokie wycięcie tęczówki; cystotomia; wydobycie łyżeczką kory; wypłukanie resztek z następowem wyrwaniem dużego kawałka torebki. Opłukanie, elektrargol, atropina, opaska papierowa. — 11/10. Nieco wydzieliny nieżytowej, dość silne przekrwienie spojówki gałki, rogówka czysta, przednia komora głęboka, źrenica szeroka, szpara dobrzeżna ku górze, w źrenicy i w szparze warstwa kory.

22/10. Chory rozpoznaje ruchy ręki, poczucie światła, projekcya dobra. Przednia komora płytka, źrenica wązka, brzeg jej przyrośnięty do grubej torebki, ku górze szpara dobrzeżna, dolna część szpary i górna źrenicy zasłonięta warstwą kory, kończącą się ostrym łukiem. Górą przy samym rąbku widać przy bocznem oświetleniu firankowato zwieszające się w zakresie całej szpary brązowe ciało rzęskowe. Pomiędzy resztką torebki, w zakresie źrenicy położonej, a odczepionem ciałem rzęskowem rozpięte, gęsto obok siebie położone szare niteczki. Na tylnej powierzchni odczepionego ciała rzęskowego widać zwrócone nieco ku tyłowi ciemno-szarawe wyrostki rzęskowe. Ciśnienie wewnątrzgałkowe dość znacznie obniżone (T—2). Wziernikiem daje się wydobyć odblask czerwony z dna oka. Rozpoznano oderwanie ciała rzęskowego. Leczenie: atropina, opaska uciskowa obuoczna.

3/11. Badanie pola widzenia i poczucia barw lampkami po adaptacyi do ciemności, wykonane sposobem Kleczkowskiego, wykazuje ograniczenie pola widzenia do wązkiego sierpowatego pasa dołem; z barw chory rozpoznaje jedynie barwę białą i czerwoną.

Jak widać z powyższego, mamy do czynienia z oderwaniem ciała rzęskowego po operacyi zaćmy, przyczem widać przy bocznem oświetleniu wyrostki rzęskowe. W znanej mi literaturze oderwania naczyniówki i ciała rzęskowego objaw ten, jak już zaznaczyłem uprzednio, bezpośrednio przy badaniu klinicznem nie był spostrzegany.

Co do etyologii tego przypadku należałoby uwzględnić dwa czynniki: operacyę i uraz, który spowodował pierwotną chorobę. Przeciwko uzależnieniu w tym przypadku oderwania jedynie od operacyi przemawia stosunkowo młody wiek chorego (lat 30). Oderwanie naczyniówki po linijnem wycięciu zaćmy, jak w danym przypadku, dokonywanej wyłącznie u ludzi młodych, jest, jak podaje Fuchs, bardzo rzadkie. Tłomaczy on to, jak wspomniałem, większą sprężystością twardówki u ludzi młodych. Wreszcie już na 5 tygodni przed operacyą zauważono u chorego obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego (T—$^1/_2$), oraz wzroku (z palców $^1/_2$ m. na poczucie światła). Z drugiej strony uraz mógł spowodować pęknięcie wewnętrznych warstw twardówki, rozpoczynające się, jak podaje Fuchs na podstawie badań anatomopatologicznych, w więzadle grzebieniastem i które mogło do tego miejsca się ograniczyć. Jeżeli przyjmiemy tłomaczenie Fuchsa sposobu powstania oderwania naczyniówki i ciała rzęskowego, gdzie warunkiem zasadniczym jest przerwanie ciągłości więzadła grzebieniastego, to uraz mógł stworzyć warunki, sprzyjające łatwemu powstaniu oderwania ciała rzęskowego, lub nawet mógł wywołać oderwanie nieznacznego stopnia, którego przed operacyą z powodu zaćmienia soczewki nie można było klinicznie stwierdzić; operacya zaś stała się ostatecznym czynnikiem wyzwalającym.

Rozstrzygnąć mogłoby jedynie badanie anatomopatologiczne. Chory pozostawał przez dłuższy czas w naszem leczeniu, ale nie było żadnych objawów, któreby mogły stanowić wskazanie do enukleacyi.

Piśmiennictwo: 1) Fuchs: Graef. Arch. T. 51, 70 i 94. — 2) Meller: Graef. Arch. T. 70. — 3) Kleczkowski: Rocznik lek. III, zeszyt 3, 1917 i Arch. f. Augenh. 1917.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 30. X. 1918 posiedzenie, na którem przedstawiali chorych dr Blassberg, dr Michejda i dr Hladij. Wkładki członków uchwalono od 1 stycznia 1919 podnieść o K. miesięcznie.

Warszawa. Do Głównej Rady oświecenia publicznego wszedł z ramienia Ministerstwa zdrowia Dr. St. Kopczyński.

— Prezes nowego polskiego gabinetu Józef Świeżyński jest lekarzem. Dr. Świeżyński, ur. we Włonicach w Opatowskiem w r. 1868, po ukończeniu gimnazyum w Radomiu studyował medycynę w Warszawie, a po uzyskaniu dyplomu uzupełniał studya w Wiedniu i Hessen. Przez czas pewien wykonywał praktykę lekarską, potem jednak osiadł na roli, a wkrótce został prezesem Towarzystwa rolniczego w Radomiu. Od r. 1904 był wybierany posłem do Dumy w Petersburgu, od roku zeszłego stanął na czele Koła międzypartyjnego i z łona tego stronnictwa wchodzi do gabinetu ministrów.

— U prezydenta ministrów była delegacya Rady lekarskiej w osobach pp.: dr Jarkowskiego, dr Radziwiłowicza i prof. dr Rzętkowskiego. Delegacya przedstawiła prezydentowi ministrów postulat lekarzy, aby z dotychczasowego ministeryum zdrowia publicznego, opieki społecznej i ochrony pracy wyodrębnić wydziały: zdrowia publicznego i opieki społecznej w osobne ministerstwo zdrowia publicznego. Jak mówią, na czele ministerstwa zdrowia stanąłby dr Zbigniew Paderewski.

— Wyszedł z druku II Tom »Pamiętnika klinicznego szpitala Dzieciątka Jezus«, przygotowany do druku przez dra A. Landego, sekretarza posiedzeń klinicznych. »Pamiętnik« ten wychodzi jako wydawnictwo bezterminowe, a obejmuje streszczenia wykładów i dyskusyi na posiedzeniach klinicznych, zorganizowanych od r. 1916 w szpitalu Dzieciątka Jezus. Pierwszy tom »Pamiętnika« (którego nie mieliśmy w ręku) wydało własnym kosztem Koło lekarzy szpitalnych, na wydawnictwo tomu II uzyskano już pozycyę w budżecie szpitalnym. »Pamiętnik« jest pięknem świadectwem żywego ruchu naukowego wśród lekarzy szpitalnych w Warszawie.

Zmarli: Dr Józef Idzikowski w Moskwie w 53 r. ż., dr Bolesław Maciszewski, lekarz powiatowy w Witkowie w 34 r. ż., dr Józef Zaleski, lekarz powiatowy w Łomży w 44 r. ż., dr Franciszek Grajnert w Budsławiu (w wileńskiem), dr Henryk Dymsza, b. poseł ziemi witebskiej, w 59 r. ż. w Ruszanach, dr Władysław Gackowski na polu walki w 36 r. ż., dr Stanisław Przetaczyński w Rostowie, dr Jan Raum, naczelny lekarz szpitala na Pradze, wybitny chirurg, w 64 r. ż. w Warszawie; doc. dr

Jan Pruszyński, b. redaktor »Gazety lekarskiej« w 57 r. ż. i dr Mikołaj Rajchman, jeden z najwybitniejszych internistów polskich w 67 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: F. Walter: O rozmieszczeniu usystematyzowanych cierpień skórnych. Kraków 1918. — Pamiętnik kliniczny szpitala Dzieciątka Jezus. Tom II. Przygotował do druku A. Lande. Warszawa 1918. — Korczyński: Mitteilungen über Visceralsyphilis. (Dermat. Woch.) 1918.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień 1918. (Cena 2 M.), Październik. (Cena 3 M.)

Zeszyt wrześniowy zawiera rozprawy następujące: Koelscha: Szkodliwe wpływy benzolu i jego związków azotowych; Hanauera: Sprawozdanie z innych dziedzin medycyny społecznej; Prof. Boruttau: Mechanizm śmierci z rażenia prądem elektrycznym i możliwość ocucenia; Prof. Sudhoffa: Szkoły lekarskie.

Zeszyt październikowy: Prof. Rolly: O grypie; Prof. Morawitz: O zimnicy; Prof. Schilling: Inne choroby zakaźne; Prof. Lewin: Rozpoznawanie i leczenie nowotworów złośliwych w związku z nauką o odporności.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1918.

Gazeta lekarska Nr. 39—43. Jonscher: Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiękowych (39—41). — Zieliński K. (dok. 39). — Szmurło: Rzadki przypadek częściowej martwicy kości skroniowej (40). — Mikulski: Leczenie chorób umysłowych nukleinianem sodu (41). — Karwacki: W sprawie leczenia gorączki powrotnej neosalwarsanem (42). — Skłodowski: Przyczynek do zachowania się czynności nerek w przypadku ostrego zatrucia sublimatem (43).

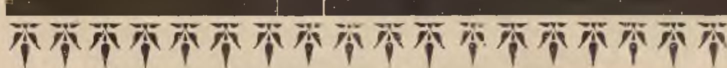
Medycyna i Kronika lekarska. Nr. 39—40: Rosenhauch: O zmianach refrakcyi w czasie leczenia i po wyleczeniu zranień oka (39). — Lewin: O stosowaniu sztucznej odmy piersiowej sposobem Forlaniniego (40).

Zdrowie Nr. 9. Wykaz prac i artykułów o samorządzie gminnym, o organizacyi sanitarnej i t. d. drukowanych w »Zdrowiu« w latach 1903—1918. — Adamski (dok.) — Nr. 10. Bier: O t. zw. »ersatzach«. Produkta zastępcze w żywieniu.

Kronika dentystyczna. Nr. 10: Rys ogólny sprawy techników dentystycznych. — Cieszyński: Wskazówki praktyczne.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.









Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: **Kraków 9 (Łobzów)** Telefon 3105

Administracya: ul Dunajewskiego 5 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 118 470

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 9. listopada 1918. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Po półtorawiekowem piekle niewoli dopełnia się cud zmartwychwstania i zjednoczenia Polski. Wśród zawrotnego zdarzeń zamętu, wśród zawieruchy i burzy rodzi się nowy byt naszej Ojczyzny.

Jakąkolwiek oblecze on postać, zawsze siłę swą czerpać będzie przedewszystkiem w zdrowiu ludności. Służba lekarzy polskich dla społeczeństwa staje się podwójnie ważna, a w tej chwili trudna i ciężka.

Lekarze polscy spełnią swój obowiązek

Z wojskowego szpitala epidemicznego we Lwowie.

O obecnej epidemii grypy ze stanowiska klinicznego.

podali [1])

Prof Dr. Maryan Franke i Dr Julia Bickels.

W miesiąc po pierwszych wiadomościach o szerzeniu się epidemii w Hiszpanii, to jest w końcu czerwca, mieliśmy sposobność spostrzegać pierwsze przypadki grypy u nas na oddziale obserwacyjnym szpitala epidemicznego we Lwowie, i to z początku pod postacią dość łagodną. Od tego czasu do obecnej chwili liczba tych przypadków przekroczyła już paręset tak, że na podstawie naszych tak licznych spostrzeżeń możemy przedstawić obraz kliniczny omawianego cierpienia w jego tegorocznej postaci. Zaznaczymy odrazu, że postać kliniczna grypy zmieniała się znacznie w ciągu tych kilku miesięcy, i to wskutek ciągle zmieniających się powikłań, zwłaszcza ze strony narządu oddechowego, przybierając stale na złośliwości.

Zatrzymamy się naprzód nad typowym obrazem grypy niepowikłanej, którą częściej spotykaliśmy w początkach epidemii, to jest w miesiącach czerwcu i lipcu bieżącego roku, a następnie przedstawimy obraz przypadków z powikłaniami, przedewszystkiem ze strony przewodu oddechowego, to jest stany spotykane przez nas w dalszym przebiegu epidemii aż do obecnego czasu, to jest w miesiącach sierpniu i wrześniu b. r.

Grypa niepowikłana. Początek sprawy jest zawsze nagły. Po krótkotrwałych objawach zapowiednich z dreszczykami i uczuciem ogólnego schorzenia, w przeciągu zwykle paru godzin ciepłota ciała wznosi się do 39° C., a dołączają się do tego objawy ogólne, więc uczucie silnego osłabienia i ogólnego rozbicia, bóle w kończynach, rzadziej bóle w krzyżach, ból głowy, brak łaknienia, kaszel, przeważnie suchy, i bóle w piersiach. Obraz przedmiotowy sprawy chorobowej rozwiniętej, a niepowikłanej, jest już w początkach tak typowy, że na pierwszy rzut oka rozpoznanie zdaje się już pewne. Przy oglądaniu, obok ogólnego rozbicia, senności, a może i odurzenia, u osób z usposobieniem eretycznem, pewnego stanu ogólnego podniecenia, uderza silne zaczerwienienie twarzy, w niepowikłanych przypadkach bez dodatku sinicy; prócz napięcia (turgor) skóry twarzy, spojówki są silnie nastrzykane, zaczerwienione, czasem aż do występowania delikatnych krwawień podspojówkowych na gałkach ocznych; powieki zwykle wybitnie nabrzękłe. Wargi są zaczerwienione, wysychające. Na nosie i na wargach w początkach epidemii spotykaliśmy dość często opryszczkę szybko zasychającą, której w późniejszych czasach nie spotykaliśmy prawie nigdy. Skóra na tułowiu, rzadko na kończynach w połowie przypadków okazywała typowe zmiany wysypkowe, na które chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę, jako na jeden z istotnych, a częstych objawów chorobowych obecnej pandemii grypowej. W pewnej liczbie przypadków skóra była w całości jakby tylko silnie przekrwiona, żywo czerwono zabarwiona, bez zmian wysypkowych; w dużej liczbie zaś przypadków stwierdzaliśmy typową, do płoniczej podobną wysypkę drobną, o blado czerwonem zabarwieniu, usadowioną prawie tylko na tułowiu, i to przedewszystkiem na klatce piersiowej. Wysypka znikała zupełnie pod uciskiem palca, na dowód istnienia przekrwienia naczyń skórnych, jako przyczyny istniejących zmian. W trzech przypadkach stwierdziliśmy wystąpienie wysypki plamistej z wybroczynami, podobnej zupełnie do wysypki duru plamistego, tak, że rozpoznanie duru wprost narzucało się, a mogliśmy je wykluczyć tak na podstawie szybkiego zjawiania się wysypki, bo w drugim dniu sprawy chorobowej, jak i na podstawie dalszego spostrzegania przypadku, stałego braku próby Weil-Feliksa i t. d. W dwu przypadkach sprawy chorobowej, obok typowej gorączki, rozpoczęło wystąpienie pokrzywki, która trwała następnie przez parę dni. W jednym przypadku znowu w trzy miesiące po przebytej ospie prawdziwej pozostałe blizny uległy w przebiegu grypy tak silnemu przekrwieniu, że bez dokładnych wywiadów natrafiliśmy z początku na znaczne trudności rozpoznawcze, nie mogąc sobie dać rady z rozpoznaniem właściwej sprawy wysypkowej. Po ustąpieniu wysypki w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy nigdy łuszczenia się skóry, do którego jesteśmy przyzwyczajeni w innych sprawach wysypkowych. Na objawy wysypkowe w naszych przypadkach zwracamy szczególną uwagę ze względu na ważność ich w rozpoznaniu różniczkowem. Równolegle ze zmianami na skórze stwierdzaliśmy typowe zmiany na błonach śluzowych. Prócz wspomnianego zajęcia spojówek, które musimy zaliczyć do typowych, a najstalszych objawów grypowych, stwierdzaliśmy zmiany w gardle, i to zwykle rozlane zaczerwienienie podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i migdałków; rzadziej wprawdzie, lecz nie w małej liczbie przypadków stwierdzaliśmy zaczerwienienie więcej wysepkowe, plamiste, idące równolegle ze zmianami na skórze tak, że mogliśmy mówić o istnieniu prawdziwego charakterystycznego »enanthema« na dotyczących błonach śluzowych. W przypadkach ciężkich, połączonych z wysoką gorączką, tak język, jak i tylna ściana gardła była wyschnięta, często zmętniała, zasychającym śluzem pokryta. W nielicznych przypadkach na podniebieniu miękkiem i na łukach widać było drobne pęcherzyki, wypełnione płynem przeźroczystym. Obecność chrypki, nieraz prawie do zupełnego bezgłosu, nieustanny suchy kaszel, częsta duszność bez innej przyczyny, wskazywały na zajęcie krtani, i to głównie więzadeł głosowych. W przypadkach niepowikłanych osłuchiwanie klatki piersiowej wykazywało tylko liczne furczenia i świsty na dowód istnienia suchego zapalenia oskrzeli, które należało prawie do

[1]) Według wykładu wygłoszonego w Tow. lek. lwowskiem w dniu 27/9 1918. r. Artykuł został ze względu na brak miejsca na życzenie Redakcyi bardzo znacznie przez autora skrócony.

stałych objawów obecnej grypy; ze strony płuc objawów głębszych nie spotykaliśmy tu nigdy. O ile kaszel nie był suchy, to chorzy wykrztuszali plwocinę przeważnie śluzową, często z krwią zmieszaną. Ze strony narządu krążenia, prócz często stwierdzanego względnego zwolnienia tętna (przy ciepłocie 39° C. tętno wynosiło przeważnie 68—72 uderzeń na min.), nie stwierdzaliśmy innych objawów nieprawidłowych. Tętno dwubitne nie należało do objawów, właściwych grypie obecnej. Z innych narządów często spotykaliśmy powiększenie śledziony, jednakże zdaje się powstałe nie na tle grypowem, lecz wywołane poprzednio przebytemi innemi sprawami zakaźnemi i licznemi szczepieniami ochronnemi żołnierzy. Bolesność mięśni należała do objawów mniej ważnych. Z badań ubocznych podnieść należy brak odczynu dwuazowego w moczu przy obecności lekkiego białkomoczu, powstałego na tle stanu gorączkowego. Badanie krwi, przeprowadzone przez nas niesystematycznie, w przypadkach grypy niepowikłanej wykazywało przeważnie prawidłową liczbę ciałek, rzadziej lekką leukocytozę neutrochłonną, przy znikaniu ciałek eozynochłonnych na szczycie sprawy chorobowej, a zjawianiu się ich w okresie ozdrowienia, jak i zjawianie się znacznej limfocytozy (lymphaemia reconvalescentum). W przypadkach innych znowu, mimo korzystnego przebiegu, znaleźliśmy nieraz zmniejszenie liczby ciałek białych: n. p. w jednym 4850 L. w 1 mm^3 krwi, przy stosunku procentowym następującym: N = 66%, L = 30%, Men. = 4% E = 0%. W tym przypadku w okresie ozdrowienia stosunek procentowy ciałek białych przedstawiał się następująco: N = 48%, L = 44%, Men. = 7%, E = 1% na dowód istnienia znacznej limfocytozy (lymphaemia reconvalescentum) i powrotu ciałek eozynochłonnych w okresie ozdrowienia. Miarą dalszego przebiegu przypadku było zwykle przedewszystkiem zachowanie się ciepłoty ciała. W przypadkach lekkich gorączka utrzymywała się na wysokości 39° C. przez jeden, dwa lub trzy dni, a następnie spadała przełomowo lub też rzadziej — stopniowo do ciepłoty prawidłowej. Równolegle ze spadkiem gorączki ustępowały i inne objawy w tempie mniej lub więcej szybkiem, najczęściej jednak przez jakiś czas utrzymywał się jeszcze suchy kaszel i chrypka, a ogólne osłabienie i skłonność do rozpływnych potów, nawet w okresie ozdrowienia, pozostawały nieraz i dłużej jako jedyny z objawów przebytego zakażenia grypowego. Prócz powyższego typu spotykaliśmy czasem przypadki grypy, w których na pierwszy plan występowały objawy miejscowe ze strony przewodu pokarmowego; więc nudności, wymioty i przedewszystkiem silna biegunka (5—6 wodnistych, żółto zabarwionych stolców dziennie, bez domieszki krwi lub śluzu, bez parcia, w przeciwieństwie do czerwonki, którą często równocześnie spotykaliśmy na naszym oddziale). Na przynależność tych przypadków do epidemii grypy wskazywały objawy ogólne, więc typowa gorączka, zaczerwienienie twarzy, zajęcie spojówek i t. d. Liczba tych przypadków była jednak nieduża w porównaniu z olbrzymią liczbą przypadków z objawami ogólnymi.

W paru słowach dotkniemy jeszcze sprawy rokowania w przypadkach grypy niepowikłanej, które tak co do czasu trwania, jak i wyniku ostatecznego i zmian pozakaźnych było z reguły dobre. Wyleczenie zupełne po jednym lub dwu tygodniach trwania sprawy chorobowej charakteryzuje te przypadki; zejścia śmiertelnego w niepowikłanych przypadkach nie stwierdziliśmy nigdy. W początkach zachorowania mogliśmy już sądzić o dalszym przebiegu przypadku i przynależności jego do tych łagodnych (niepowikłanych) typów, i to na podstawie przedewszystkiem zachowania się narządu krążenia. Zwolnienie tętna, dobre wypełnienie tętnic obwodowych, brak sinicy na twarzy i na kończynach, prawidłowe rozłożenie ciepłoty ciała, to były objawy, na których opieraliśmy rokowanie — jak się potem okazywało, słusznie — korzystne nieraz mimo początkowo bardzo wysokiej gorączki i poważnie wyglądających objawów ogólnych. Sprawność narządu krążenia była dla nas miarą ciężkości i wskaźnikiem dalszego przebiegu przypadku.

G r y p a p o w i k ł a n a. Do lżejszych powikłań zaliczyć musimy ropne zapalenie ucha środkowego, które w żadnym przypadku nie dało powodu do poważniejszego zabiegu operacyjnego, a stwierdzaliśmy je dopiero w ostatnich sześciu tygodniach trwania pandemii. Do rzadszych powikłań należały nerwobóle (neukalgia supraorbitalis, ischias). Poważnie natomiast przedstawiał się przypadek następujący, który skończył się jednak zupełnie korzystnie. Wśród ogólnych objawów typowej grypy w pierwszych dniach schorzenia wystąpiły uporczywe bóle głowy przy wybitnej sztywności karku, ogólnej przeczulicy, wzmożeniu odruchów ścięgnistych, objawie Kerniga i zaznaczonym objawie Babińskiego, tak że rozpoznanie rozwijającego się zapalenia opon mózgowych nie uiegało wątpliwości; nakłucie lędźwiowe wykazało przy tem zwiększenie ilości płynu mózgowordzeniowego, który zawierał nieliczne limfocyty. Po nakłuciu lędźwiowem w parę dni ustąpiły u chorego wszystkie objawy szybko bez jakichkolwiek innych powikłań.

Nie tak łagodnie przebiegały przypadki grypy powikłanej zapaleniem płuc, które, powiedzmy odrazu, było najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego przypadków zakażenia grypowego. Przypadki te już od początku zwykle charakteryzowały się ciężkim stanem ogólnym i objawami niesprawności narządu krążenia. Na pierwszy plan występowały objawy silnego rozbicia i osłabienia; bardzo silny ból głowy, nieustanny kaszel dokuczał chorym dzień i noc, bóle w klatce piersiowej, duszność, brak apetytu, bezsenność, uzupełniały obraz kliniczny. Przedmiotowo już wejrzenie chorego wskazywało na ciężką sprawę chorobową, i to silna prostracya, senność, odurzenie, częste majaczenia tak w dzień, jak i w nocy, niepokój ogólny, a rzadko i stany, do psychoz zbliżone. Z innych objawów przedmiotowych podnieść musimy obecność silnego zaczerwienienia twarzy, nastrzykanie spojówek aż do krwawień podspojówkowych, obecność zwykle wybitnej sinicy twarzy, jak i kończyn, wysychanie warg, języka i podniebienia, migdałków i tylnej ściany gardła, skłonność do krwawień nosowych nieraz bardzo obfitych, to jest obecność objawów, które uzupełniały ciężki obraz schorzenia. W tych przypadkach na skórze już rzadziej spotykaliśmy wysypkę, o której wspominaliśmy w przypadkach niepowikłanych; do częstych objawów należały rozpływne poty. Ciepłota ciała w tych przypadkach przybierała tor gorączki zwykle stałej z wzniesieniami do 39°C. i 40°C., a nawet i wyżej i utrzymywała się na tej wysokości dłuższy lub krótszy czas (tydzień i dłużej), zależnie od stanu płuc; nieraz w dalszym ciągu spostrzegaliśmy spadki ciepłoty do wysokości prawidłowej lub nieco ponadprawidłowej i znowu wzniesienia do 39° C. i wyżej, trwające parę lub i więcej dni; czasem znowu gorączka miała tor przerywany z dreszczami i potami, aż wreszcie po pewnym czasie w przypadkach korzystnych ciepłota stopniowo (per lysin) spadała do wysokości prawidłowej, aż do zupełnego ozdrowienia chorego. Z innych objawów przedmiotowych narząd krążenia przedstawiał stan zwykle rozwiniętej niesprawności. Nie mogliśmy stwierdzić wprawdzie wybitnego powiększenia stłumienia sercowego, ale tony serca były zwykle bardzo głuche, czynność serca była znacznie przyspieszona; częsty rytm płodowy; tętnica sprychowa była licho wypełniona, fala tętna nizka, tętno wynosiło 120 uderzeń na min. i było słabo napięte; na kończynach wybitna sinica, kończyny przytem chłodne. Wspomnimy jeszcze o częstych biegunkach, powstałych na tle zakażenia grypowego, a przejdziemy do stanu płuc jako głównego, a najważniejszego powikłania tych częstych przypadków. Typ zajęcia płuc stanowiło zapalenia ogniskowe płuc, w postaci ognisk czy to więcej rozsianych, czy to zlewających się i zajmujących wreszcie cały jeden lub więcej płatów z dążnością do postępu z miejsca na miejsce, a małą skłonnością do wygajania się. Klinicznie obecność zapalenia zdradzała nieraz tylko silna duszność ze znacznem przyspieszeniem i nasileniem oddechów, bo przedmiotowo można było wykazać ledwie objawy nieżytu oskrzelowego. W innych przypadkach znowu fizycznie dało się wykazać nad płucem, tu i ówdzie, nie dające się dokładnie odgraniczyć lekkie przytłumienie odgłosu opukowego z odcieniem bębenkowym, przy obecności trzeszczeń lub też wreszcie stwierdzić można było wybitne przytłumienie, obejmujące nieraz obszar całego płatu lub i więcej płatów jednego, a nawet i obu płuc z oddechem oskrzelowym, z rzężeniami dźwięcznemi, przy wzmożonem drżeniu nad zajętem miejscem. Rzadko tylko stwierdzaliśmy równocześnie tarcie opłucne, na dowód istnienia zapalenia opłucnej. W przypadkach z zapaleniem płuc chorzy wypluwali plwocinę zwykle silnie ropiastą, często z domieszką krwi żywo czerwonej, często znowu plwocinę brudno-czekoladowo-zieloną, obfitą, niecuchnącą. Przypadki grypy powikłanej zapaleniem płuc w naszych spostrzeżeniach dawały wogóle rokowanie bardzo niepomyślne, bo około 80% z nich skończyło się śmiercią wśród objawów postępującego osłabienia narządu krążenia. Czas trwania tych przypadków był bardzo różny, bo w najgwałtowniejszych śmierć następowała już nawet w trzecim lub piątym dniu choroby, gdy w innych zejście śmiertelne spostrzegaliśmy później, wśród objawów nowych nawałów choroby. Stwierdzenie w przebiegu grypy właściwego zapalenia płuc zmuszało nas zawsze do rokowania bardzo wątpliwego. Pamiętać przy tem należało, że te ciężkie przypadki grypy charakteryzowały się już od początku ciężkim stanem ogólnym, a zwłaszcza niesprawnością narządu krążenia, więc przedewszystkiem znacznem przyspieszeniem tętna i sinicą ogólną. Powikłania grypy w postaci zapalenia płuc spotykaliśmy

przedewszystkiem w miesiącu wrześniu i stąd tak znaczna śmiertelność z grypy w ostatnim miesiącu, w przeciwieństwie do miesięcy poprzednich.

Drugiem ciężkiem powikłaniem grypy było zapalenie ropne opłucnej. Obraz kliniczny tych przypadków w początkach zbliżał się do obrazu poprzedniego przy mniej ciężkich objawach ogólnych; gorączka, która już zaczęła spadać, po jednym lub dwu dniach zaczynała znowu się podnosić i do 39° C., stan ogólny pogarszał się, a równocześnie zjawiało się przytłumienie w dole klatki piersiowej z osłabieniem drżenia i szmerów oddechowych; nakłucie próbne wykazywało już wówczas wnet obecność wysięku, z początku jeszcze surowiczego, lecz zwykle już mętnego, który w krótkim czasie przybierał charakter coraz wybitniej ropny, aż do zupełnego ropnego. Wysięk był jednak fizycznie odmienny od wysięku typowo stwierdzanego przy ropnem zapaleniu po zapaleniu płuc (empyema postpneumonicum) na tle zakażenia pneumokokami. Przebieg zapalenia opłucnej w naszych przypadkach nie był zbyt złośliwy, bo ani gorączka nie była zwykle bardzo wysoka (przeważnie stan podgorączkowy), ani objawy ogólne nie były zbyt ciężkie. Zapalenie ropne opłucnej stwierdzaliśmy przedewszystkiem w miesiącu sierpniu, rzadziej zaś w lipcu, a najrzadziej we wrześniu. Na tę zmienność powikłań grypy zwracamy uwagę, jako na fakt charakterystyczny dla obecnej pandemii grypy, który podnoszą i inni autorowie.

(Dokończenie nastąpi).

O urządzeniu biur Urzędów zdrowia w miastach i miasteczkach oraz opis biura Miejskiego Urzędu zdrowia w Krakowie.

Przez

Doc. Dra Tomasza Janiszewskiego.

W wychowaniu społecznem, podobnie jak w wychowaniu jednostek, przykład i naśladownictwo odgrywają pierwszorzędną rolę. Obowiązek dawania dobrego przykładu ciąży w pierwszej linii na instytucyach publicznych, a jeżeli chodzi o sprawy zdrowotne, to obowiązek ten spada w pierwszym rzędzie na stan lekarski i na instytucye, na czele których stoją lekarze. Żadne pouczenia, odczyty, ustawy, nakazy i kary nie odgrywają tak decydującej roli, jak dobry przykład. Urząd zdrowia, w którego biurach panuje brud i nieporządek, żądając czystości i porządku od innych, spotka się ze słusznym zarzutem, że sam lekceważy czystość.

Oglądając w bardzo wielu większych miastach na kontynencie biura Urzędów zdrowia, widziałem często wspaniałe budynki i ładne urządzenia biur, ale biura Urzędu zdrowia nigdzie nie różniły się od biur innych wydziałów tych magistratów. Ja natomiast sądzę, że Urzędy zdrowia tak ze względu na swoje specyalne czynności, różne zupełnie od agend innych wydziałów, jak i ze względu na odmienne zadania wymagają też specyalnych urządzeń; ogólnem urządzeniem swojem zwracać one powinny na siebie uwagę publiczności i świadczyć o tem, że w tych biurach na stronę higieniczną, na czystość, specyalną zwraca się uwagę.

Wychodząc z tego założenia, przedstawiłem Prezydyum miasta Krakowa przed 8 laty (1910) projekt odpowiedniego urządzenia biur M. Urzędu zdrowia, który w głównych zarysach został przyjęty, lecz z powodu braku środków tylko w części mógł być wykonany.

Główne zasady, któremi należałoby się kierować przy urządzaniu biur Urzędów zdrowia, powinny być, zdaniem mojem, następujące:

1) Biuro nie może być przechodnie, lecz musi być oddzielone od innych biur, z osobnem wejściem z dworu lub sieni. Wszystkie pokoje, poczekalnie i t. d. Urzędu zdrowia powinny być widne, dobrze wentylowane i dające się łatwo oczyścić, względnie odkazić.

2) Czystość w całem biurze wzorowa.

3) Odnawianie biura powinno odbywać się co roku.

4) Umożliwienie badania chorych w osobnym pokoju, a nie w tym samym, w którym lekarz urzędowy stale przesiaduje. Jeżeli lekarz urzędowy bada chorych w tym samym pokoju, gdzie jest jego biuro, to chorzy, pochodzący przeważnie ze sfer ubogich, wnoszą wraz ze starem brudnem ubraniem przykry zapach, owady, a zarazem wnieść mogą zarazki najrozmaitszych chorób. W każdym Urzędzie zdrowia powinien być zatem specyalny pokój ordynacyjny.

5) Pokój ordynacyjny powinien być należycie urządzony i zaopatrzony we wszelkie przyrządy i środki pomocnicze, potrzebne do badań.

6) Każde biuro zdrowia powinno mieć specyalne urządzenie, osobną poczekalnię dla osób przychodzących z mieszkań, gdzie stwierdzono, lub gdzie istnieje podejrzenie choroby zakaźnej, aby uniknąć stykania się ich z urzędnikami biura i innemi osobami, a także pokój, w którym lekarz względnie pacyenci mogliby być dokładnie odkażeni lub odwszawieni.

7) Urządzenie pokojów, w których pracują urzędnicy, ma być odpowiednie; pokoje powinny mieć dobre tak naturalne, jak i sztuczne oświetlenie, dobrą wentylacyę, higieniczne sprzęty, odpowiednie podłogi, jednem słowem powinny służyć za przykład, jak biuro wogóle powinno być higienicznie urządzone.

8) Ustępy i pisoary powinny być wzorowo urządzone i czysto utrzymywane.

9) Instalatorzy powinni we własnym interesie umieszczać w Urzędzie zdrowia wszelkie najnowsze systemy urządzeń higienicznych, urządzać w Urzędach zdrowia do pewnego stopnia stałe wystawy najlepszych i najnowszych wynalazków na polu higienicznego urządzenia biur.

Podaję poniżej opis biura M. Urzędu zdrowia w Krakowie, urządzonego przed 7 laty według mego pomysłu i moich wskazówek.

Biuro mieści się na parterze, wchodzi się do niego po kilku schodach; w przedsionku, wyłożonym kafelkami i z podłogą terazzową, znajduje się skrobaczka i wycieraczka do nóg. Po stronie lewej przed wejściem do właściwych biur znajduje się poczekalnia dla osób, przychodzących z mieszkań, gdzie panuje choroba zakaźna; odpowiedni, wyraźny napis objaśnia o tem każdego przychodzącego do M. Urzędu zdrowia. Gdyby kto tego napisu nie spostrzegł, to wszedłszy do biura zostaje zapytany przez woźnego, w jakiej sprawie przychodzi i gdyby się okazało, że przychodzi z mieszkania zakażonego, zostaje zaraz cofnięty do wyż wymienionej poczekalni. Poczekalnia ta ma podłogę z terazza, ściany do wysokości 1 m. 30 ctm. wyłożone kafelkami, reszta ścian malowana olejno; w pokoju znajdują się ławki w rodzaju boksów, umywalnia z ręcznikami i mydłem, telefon i dzwonek do lekarza, prowadzącego ewidencyę chorób zakaźnych; po stronie prawej okienko w ścianie do sąsiedniego pokoju (czytelni i pokoju posiedzeń).

Osoba, przychodząca przypadkowo z mieszkania podejrzanego, czeka w tej poczekalni; jeżeli umie telefonować, to porozumiewa się telefonem z lekarzem, prowadzącym ewidencyę chorób zakaźnych, jeżeli telefonować nie umie, to przyciska dzwonek, znajdujący się obok telefonu, a alarmujący tegoż lekarza, który przychodzi do sąsiedniego pokoju i porozumiewa się z interesantem przez okienko. Po każdem użyciu pokoju zostaje on odkażony. Ten sam pokój służy dla lekarzy praktykujących na mieście, którzy, odwiedzając chorych zakaźnych, pragną się przebrać, umyć lub dokładnie odkazić przed powrotem do domu, lub przed wizytą u innych chorych nie zakaźnych, o ile nie mogą tego zrobić na miejscu, w mieszkaniu chorego. Pokój ten otwarty jest od godziny 8 rano do godziny 8 wieczór.

Znaczenie takiej poczekalni jest przedewszystkiem dydaktyczne; zwraca się w ten sposób uwagę osób, w których mieszkaniu jest choroba zakaźna, żeby bez zachowywania odpowiednich ostrożności nie szły pomiędzy ludzi, do lokalów publicznych i t. p.

Z przedsionka wchodzi się na szeroki, widny korytarz, który jest zarazem poczekalnią. Podłoga korytarza jest z terazza, ściany do wysokości 1 m. 30 cm. wyłożone kafelkami, ściany powyżej kafelek i sufity bielone wapnem; oświetlenie elektryczne; na ścianie w korytarzu jedna spluwaczka ścienna, połączona z kanałem i spłukiwana automatycznie wodą, inne zwykłe, na podstawie, z nakrywkami metalowemi; umywalnie z mydłem i ręcznikami; w głębi korytarza przed ambulatoryum przyrząd do picia wody bez kubka, przy ścianach ławki dla czekających. Wszystkie drzwi u dołu, oraz w blizkości klamek, a także brzegi ławek wyłożone metalową blachą ze względu na czystość. Koszyki na papiery i odpadki.

Ambulatoryum z podłogą z terazza, w połowie pokryte linoleum; ściany wyłożone do wysokości 1 m. 30 cm. kafelkami, powyżej i sufit malowane olejno. Krzesło do badań z drzewa, wyplatane trzciną, stoliki szklanne, jeden na chemikalia, drugi na przyrządy do wyjaławiania; umywalnia z przyrządem do ogrzewania wody; duży zlew z miedzianej blachy do płukania

ust, w głębi fotel do zabiegów dentystycznych i maszyny do plombowania zębów; okno w połowie matowe; zamiast deski okiennej gruba płyta szklanna, służąca za stolik. W tym pokoju w godzinach rannych przeprowadza się badania urzędowe; po gruntownem oczyszczeniu, w popołudniowych godzinach, 3 razy w tygodniu służy ten pokój jako ambulatoryum dentystyczne dla ubogich dzieci szkół ludowych. Ambulatoryum dentystyczne jest dobrze wyposażone i znakomicie się rozwija. Połączenie ambulatoryum dentystycznego z pokojem ordynacyjnym dla badań urzędowych ma może pewne niedogodności, byłoby lepiej je rozdzielić; brak jednak funduszów na razie nie pozwolił na to. Przez takie użycie tego pokoju amortyzuje się prędzej kapitał wyłożony na urządzenie, jest również oszczędność w obsłudze, opale i świetle. Było to również wskazane ze względu na centralne położenie biura w mieście. Osobny pokój służy jako biblioteka i czytelnia oraz jako miejsce posiedzeń lekarzy okręgowych miejskich i lekarzy szkolnych. Sanitaryusze miejscy mają swój osobny pokój, w którym się codziennie schodzą, spisują sprawozdania. Ten sam pokój służy im za uczelnię. Na ścianach porozwieszane odpowiednie tablice i rysunki.

Ustępy mają w przedsionku urządzony pisoar fajansowy (»adamant«) z automatycznem, peryodycznem spłukiwaniem wodnem, obok wzorową spluwaczkę, umywalnię z mydłem i ręcznikami, 4 przedziały wychodkowe ze spłukiwanymi klozetami; w każdym przedziale spluwaczka, papier klozetowy.

Lepszego urządzenia przedziałów wychodkowych, przewodu drutów telefonów i od dzwonków, urządzenia biurek, oświetlenia w pokojach biurowych i wogóle odpowiadającego wymogom zdrowotnym wyposażenia samych biur na razie nie dało się przeprowadzić z powodu braku odpowiednich funduszów. Główne zasady urządzenia takiego biura zostały jednak przeprowadzone, a siedmioletnie doświadczenie wykazuje, że urządzenie to jest celowe i zastosowane do naszych miejscowych potrzeb i środków.

W mniejszych miastach i miasteczkach, zdaniem mojem, powinny być koniecznie zachowane przynajmniej minimalne wymagania przy urządzaniu biur Urzędów zdrowia. Całe biuro musi być widne i nadzwyczaj czysto utrzymane, oddzielone od innych biur, z osobnem wejściem wprost z dworu lub z sieni. Konieczny jest osobny pokój ordynacyjny, tylko do tego celu przeznaczony, także pokój, w którym lekarz względnie chorzy mogliby być dokładnie odkażeni lub odwszawieni, w końcu wzorowe ustępy. W miasteczku powinny być pourządzane u rozmaitych gospodarzy (po części przy pomocy finansowej rządu) przynajmniej po jednym wzorowym gnojowniku, wzorowym śmietniku, zlewie, wzorowym wychodku, wzorowem podwórzu z odpowiednimi ściekami, wzorowej studni, wszystko utrzymane w należytym stanie i czystości. Pożądany byłby też wzorowy domek mieszkalny, stajnia, obora lub chlew, tak, żeby lekarz powiatowy mógł w każdym czasie pouczyć na przykładzie osobę, której wydał odpowiednie zarządzenia, jak należy urządzić i utrzymywać studnię, wychodek, zlew, śmietnik, gnojówki i t. d.

Miasta wielkie i bogate mogą urządzić biuro Urzędu zdrowia we wszystkich szczegółach wzorowo, uwzględniając nietylko odwiedzających, ale także ochronę zdrowia urzędników zajętych w biurze.

Opisałem pokrótce biuro krakowskiego Urzędu zdrowia, skromne wprawdzie, jednakże pierwsze biuro sanitarne, urządzone z pewną myślą przewodnią. Mam nadzieję, że myśl tu poruszona przyjmie się i ulepszy.

Wiadomości bieżące.

Wskutek zajęcia Lwowa i przecięcia połączeń przez Ukraińców przerwany został organiczny związek administracyjny całej Galicyi z jej stolicą, a wraz z tem została i administracya zdrowia publicznego odcięta od swego organu centralnego. Dla spraw sanitarnych musi to mieć bardzo opłakane następstwa zwłaszcza wobec niebezpieczeństw dla zdrowia publicznego, jakie niezmiernie gwałtownie zagroziły nam ze wszystkich stron z powodu bezładnego i tłumnego zalewu żołnierzami, wracającymi z wojny do domów.

Trudność położenia w sprawach sanitarnych, jak we wszelkich innych, zwiększa zamęt polityczny, jaki niestety powstał w całej Polsce, brak gotowej organizacyi sanitarnej polskiej w północnej części Polski, gnębionej dotąd przez Niemców.

Utworzona w Krakowie Polska Komisya Likwidacyjna organizuje tymczasową administracyę Galicyi. Wydział zdrowia publicznego i opieki społecznej objął b. poseł, lekarz dr Bobrowski. Przy tym Wydziale powstała tymczasowa Rada zdrowia i tworzy się tymczasowy Urząd zdrowia dla skupienia organizacyi sanitarnej, odciętej od Lwowa. Na pierwszem posiedzeniu tej Rady w d. 7. X. rozpatrzono oprócz innych spraw przedewszystkiem sprawę walki z zagrażającemi epidemiami, jako najnaglejszą.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. XI. 1918 posiedzenie, na którem dr Szancenbach, dr Radwańska i prof. Rosner przedstawiali przypadki chorobowe z kliniki ginekologicznej, doc. dr Janiszewski zdał sprawę z przebiegu epidemii grypy hiszpańskiej, a wreszcie prof. Nitsch miał wykład: O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych. W dyskusyi uczestniczyli kol. Ciechanowski, Krzyształowicz, Rosner, Kostrzewski, Walter, Radwańska, Janiszewski.

Uchwalone w d. 30. X. podwyższenie wkładek wynosi dwie korony miesięcznie.

Warszawa. Zmarły świeżo dr Mikołaj Rejchman zostawił znaczne zapisy na cele filantropijne, naukowo-lekarskie i wojskowo-lekarskie.

— Uzupełnienie gabinetu Świeżyńskiego odrębnem Ministerstwem zdrowia było postanowione. Wezwanie do objęcia tego stanowiska otrzymał, jak się dowiadujemy, doc. dr Janiszewski z Krakowa; tymczasem jednak gabinet upadł, a Rada regencyjna powierzyła kierownictwo Ministerstwa zdrowia dr Władysławowi Szenajchowi, dotychczasowemu szefowi oddziału w temże ministerstwie.

Odpowiedzialny redaktor
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Nr. 2543.

26. października 1918.

Ogłoszenie konkursu.

Ogłasza się konkurs na posadę lekarza miejskiego w mieście Chmielniku, ziemi Kieleckiej, płatną przez miasto 300 kor. miesięcznie i mieszkanie złożone z jednego pokoju.

Lekarze miejscy mogą liczyć na praktykę prywatną.

Termin konkursu oznacza się na 25. listopada b. r. 253

Burmistrz m. Chmielnika.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 46. Kraków, 16. listopada 1918 Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 814 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 16. listopada 1918. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej w Krakowie.

Wyniki bakteryologiczne badania kilkunastu zwłok osób zmarłych na influenzę hiszpańską w r. 1918

przez

Prof. Dra R. Nitscha.

(Przedstawione w Towarzystwie lek. krak. 9. X. 1918).

Wspólnie z prof. Ciechanowskim badaliśmy z końcem września i na początku października 1918 anatomo-patologicznie i bakteryologicznie zwłoki osób zmarłych na influenzę hiszpańską. Prof. Ciechanowski zdał już sprawę z kilkudziesięciu przypadków, zbadanych anatomo-patologicznie. Z braku czasu można było bakteryologicznie zbadać zaledwie kilkanaście przypadków. Zbadano mianowicie razem tylko 16 zwłok, z tych jednak u 3 zwłok wykluczono influenzę hiszpańską na podstawie badania anatomopatologicznego, chociaż klinicznie ją przypuszczano za życia. U dwóch z tych zmarłych był wynik badania bakteryologicznego ujemny: ani w preparatach, ani w hodowli ze śledziony, z krwi, z wysięku opłucnego i t. d. nie znaleziono żadnych bakteryi. U trzeciego zmarłego znaleziono we krwi i w płynie z jamy czaszki paciorkowce.

Pozostaje zatem bakteryologicznie zbadanych tylko 13 takich zwłok, u których rozpoznano influenzę hiszpańską na podstawie rozpoznania klinicznego i wyniku sekcyi. Badania przeprowadzono, szczepiąc krew, wziętą z serca ze zwykłemi ostrożnościami bakteryologicznemi, na agar zwykły i surowiczy. Tak samo szczepiono materyał wzięty z ogniska w płucach i ze śledziony. Prócz tego szczepiono też treść wziętą z oskrzeli lub z tchawicy. Materyał z tych narządów szczepiono jeszcze oprócz tego na agar z krwią, w celu umożliwienia wzrostu bakteryom influenzy. Ze wszystkich badanych narządów robiono też preparaty i barwiono je błękitem metylenowym i metodą Grama.

Wyniki badania przedstawi najlepiej następujące zestawienie:

Na 13 zwłok badanych znaleziono							
w materyale wziętym	paciorkowce	bakt. influenzy	gronkowce	odmienica (v. proteus)	bakt. błonicy	materyał jałowy	nie badano
z krwi serca	9	0	0	0	0	3	1
ze śledziony	5	0	0	0	0	8	0
z ogniska w płucach	12	3	4	1	0	0	1
z oskrzeli (tchawicy)	9	1	2	2	1	0	4

Z zestawienia tego wynika, że na 12 prób badanych znaleziono we krwi wziętej ze serca 9 razy paciorkowce. Tylko 3 próby były jałowe. Przytem ilość paciorkowców była nieraz tak wielka, że widziano je wprost w preparatach zrobionych ze krwi: czasem można było prawie na każdem polu widzenia zauważyć łańcuszki krótsze lub dłuższe, a w jednym przypadku (Gawroniówna) było tych łańcuszków takie mnóstwo, że zdawały się przewyższać ilość krwinek czerwonych.

Natomiast w śledzionie znaleziono na 13 śledzion badanych paciorkowce tylko 5 razy: osiem próbek ze śledzion było jałowych. Nieraz przytem widziano w preparatach, zrobionych z miąższu śledzionowego, więcej lub mniej wyraźne (czasem tylko jakby cienie) ziarenkowce lub krótkie łańcuszki; hodowle jednak były jałowe. W tych przypadkach uważano wynik za ujemny. Czasem też było odwrotnie: preparatach z miąższu nie widziano wcale bakteryi, ale w hodowli otrzymywano czyste paciorkowce. Ciekawe jest, że u zmarłej Gawroniównej, u której była tak ogromna ilość paciorkowców we krwi, w preparatach z miąższu śledzionowego wcale ich nie widziano. Dopiero hodowle ze śledziony wykazały skąpy wzrost paciorkowców.

Z ogniska w płucach (badano je u 12 zwłok) i w treści z oskrzeli (tchawicy) (badano ją u 9 zwłok) znaleziono zawsze paciorkowce. Nie było ani jednego badanego ogniska płucnego i ani jednej badanej treści z oskrzeli (tchawicy), gdzieby paciorkowców nie znaleziono.

Oprócz paciorkowców znaleziono jeszcze na 12 prób badanych w ognisku płucnem 3 razy bakterye influenzy, a raz oprócz tego w treści z oskrzeli. W ognisku płucnem i w treści z oskrzeli znaleziono prócz tego kilka razy gronkowce, odmieńca (proteus), a raz bakterye błonicy. Nigdy nie znaleziono tych bakteryi ani we krwi wziętej z serca, ani w śledzionie.

Badania te — chociaż wykonane tylko na szczupłym materyale — dowodzą jednak, że paciorkowce odgrywają bardzo ważną rolę w obecnej epidemii influenzy hiszpańskiej. One są prawdopodobnie przyczyną śmierci w większości przypadków. Dowodzi tego stała ich obecność w ogniskach płucnych zmienionych chorobowo i bardzo częsta ich obecność we krwi, wziętej z serca, (w naszym materyale u $^3/_4$ badanych). W krwi z serca znaleziono paciorkowce u osób zmarłych przed $3^1/_2$, 7, 11, 15, 17, 19 i 26 godzinami, — nie znaleziono ich zaś u osób zmarłych przed 8, 10, 10 i 16 godzinami (u 2 osób nie można się było dowiedzieć, przed ilu godzinami zmarły). Z tego zestawienia wynika, że obecność paciorkowców we krwi nie zależy od tego, jak dawno chory zmarł, a więc, że nie jest zjawiskiem pośmiertnem. Być może, że u pewnej liczby chorych dostają się one do krwi dopiero w czasie konania, ale niewątpliwie często krążą we krwi nieraz, gdy chory ma jeszcze dość sił, a nawet u takich, którzy mogą jeszcze wyzdrowieć. Badano kilkakrotnie za życia krew chorych, którzy jeszcze dużo sił mieli i znajdowano paciorkowce. Niewątpliwie więc paciorkowce są główną przyczyną wikłającą influenzę hiszpańską i powikłaniem bardzo groźnem dla chorych. W porównaniu z paciorkowcami mają inne bakterye — jak gronkowce, odmieniec, błonica — podrzędne znaczenie.

Jeżeli jednak u większości chorych na influenzę hiszpańską są paciorkowce przyczyną śmierci, to z pewnością nie one są przyczyną choroby. Za przyczynę choroby uważa się przeważnie bakterye influenzy, wykryte przez Pfeiffera w r. 1892. Część bakteryologów uważa za przyczynę influenzy hiszpańskiej nieznane jeszcze i prawdopodobnie ultramikroskopowe drobnoustroje. Która strona ma słuszność, trudno rozstrzygnąć.

W naszym materyale znaleziono bakterye influenzy tylko w 3 przypadkach, t. j. prawie u $^1/_4$ badanych. Nie można jednak na tej podstawie wnosić, że bakterye influenzy nie są

przyczyną influenzy hiszpańskiej, a to z dwu powodów: po pierwsze badano tylko kilka prób z każdych zwłok, a ognisko w płucach badano zawsze tylko jedno, nie zważając przy tem na to, czy się bierze materyał z miejsca świeżo dotkniętego sprawą chorobową, czy też z miejsca już dawniej zajętego. Być może, że gdyby z każdych zwłok brano po kilkanaście prób z różnych ognisk, to i bakterye influenzy częściejby znaleziono. Po drugie zaś bakterye te mogły wywołać chorobę, a potem ustąpić miejsca innym zarazkom, a przedewszystkiem paciorkowcom. Znamy przecież chorobę, wywołaną przez bakterye, należące do tej samej grupy, co bakterye influenzy, a mianowicie krztusiec, w którym bakterye krztuśca znajdujemy tylko w początkowym okresie choroby. Później już ich wykryć nie można.

Co się tyczy szerzenia się influenzy hiszpańskiej, to następuje ono niewątpliwie przez bezpośrednie zetknięcie się, jak przez całowanie, używanie tych samych chustek, ręczników, naczyń stołowych i t. p. Bezwątpienia także zakażenie kropelkowe odgrywa tu bardzo znaczną rolę: przez opryskanie śliną przy mówieniu, kichnięciu, kaszlu i t. p. można z łatwością przenieść chorobę. Jest natomiast wątpliwe, żeby influenza przenieść się mogła przez sprzęty, bieliznę, ubrania, zabawki, książki, które nie pochodzą bezpośrednio z rąk chorego. Zdaje się, że spostrzeżenia kliniczne potwierdzają to przypuszczenie, oparte na wielkiej nietrwałości bakteryi influenzy poza ustrojem ludzkim.

Z tych uwag wynika także, jak się strzedz należy przed zarażeniem się influenzą. Osobista ochrona odgrywa tu rolę najważniejszą.

Co do leczenia jesteśmy w influenzy hiszpańskiej zdani na leczenie objawowe. Ani surowicy, ani szczepionki przeciw bakteryom influenzy dotąd się nie używa. Możnaby jednak, a nawet powinnoby się używać surowicy przeciw paciorkowcom lub szczepionki przeciw tym zarazkom. Przeciw płonicy podał przed kilkunastu laty Gabryczewski szczepionkę paciorkowcową, której używano zapobiegawczo w Rosyi na wielką skalę i z bardzo dobrym wynikiem. Influenza hiszpańska stoi zupełnie na równi z płonicą co do częstości powikłania przez paciorkowce. Byłoby więc wskazane używać i tu zapobiegawczo szczepionki przeciw paciorkowcom, otrzymanej z paciorkowców wyhodowanych z chorych lub zmarłych na influenzę hiszpańską. Możnaby szczepić albo jeszcze zdrowych albo też chorych od pierwszego dnia choroby. Tam, gdzie się już rozwinęły ogniska zapalne w płucach, należałoby użyć surowicy przeciwpaciorkowcowej samej lub w kombinacyi ze szczepionką.

Z pracowni chemicznej szpitala powszechnego w Lincu n/D. Prym. † Dr. Egon Lindner.

O wpływie wstrzykiwań wśródżylnych cukru na zawartość cukru we krwi i wydzielanie kwasu mlecznego.

Podali

† Egon Lindner i Wacław Moraczewski.

Poprzednia nasza praca nad zawartością cukru we krwi i wydzielaniem kwasu mlecznego pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny i florydzyny zachęciła nas do badań podobnych przy jednoczesnem wstrzykiwaniu rozczynów cukru do żyły.

Widzieliśmy, jaki wpływ wywiera podawanie cukru przez przewód pokarmowy. Widzieliśmy, że istnieją dwa typy wydzielania. Pierwszy typ »adrenalinowy«, gdzie wskutek nadmiaru cukru we krwi występuje cukier w moczu, — i drugi typ »florydzynowy«, gdzie cukier wydziela się z moczem pomimo obniżenia ilości cukru we krwi albo raczej, że cukier we krwi obniża się wskutek powiększonego zapotrzebowania wątroby, która »wytrząsa« z siebie cukier przez mocz. Zaznaczamy te trochę hipotetyczne poglądy, zdając sobie sprawę z ich hipotetycznej natury i kładąc nacisk na to, że cukier we krwi nie opada dlatego tylko, że się przez mocz wydziela, jakby mniemać należało na pierwszy rzut oka, — tylko raczej opada wskutek tych nie wytłomaczonych wpływów, które sprawiają, że przy dyecie cukrowej u diabetyków cukier we krwi się obniża, a przy mięsnej wzrasta. (l. Menke. D. Arch. f. inn. Med. 114 p 209).

Te zatem doświadczenia spowodowały nasze dalsze badania: Wstrzykiwaliśmy 50 gr. cukru gronowego, lub owocowego w rozczynie 500 cm. sz. wody do żyły łokciowej i obserwowali potem wydzielenie cukru i kwasu mlecznego w moczu, zawartość cukru we krwi i zmiany w ilości krwinek białych we krwi. — Wyniki pracy, która ze względu na ilość tablic teraz w całości drukowana być nie może, są następujące.

Jeżeli wstrzykniemy 50 cm. sz. 100% rozczynu cukru gronowego do żyły, to zawartość cukru we krwi podniesie się z 0,7 do 0,090; 8—9 gramów wydzieli się przez nerki (mierzone polarymetrem). Wydzielenie kwasu mlecznego trochę się powiększy z 0,06 do 0,08 gr. na dobę, a wydzielenie fosforanów spadnie nieznacznie z 2.000 na 0.1800. Ani ciepłota, ani skład krwi zmianom nie ulegnie. — Jeżeli zamiast cukru prawozwrotnego wstrzykniemy tę samą ilość lewozwrotnego, to cukier we krwi powiększy się więcej, niż poprzednio 0,07 do 0.120 W moczu wydzieli się mniej cukru, 5—7 gramów, a wydzielenie kwasu mlecznego ulegnie znacznemu podwyższeniu z 0,06 do 0.224. — Fosforany trochę się powiększą, nie więcej, niż po wstrzyknięciu prawozwrotnego cukru. W godzinę po wstrzyknięciu dostaje chory dreszczy, poczem ciepłota wzrasta aż do 38—39°, a spada w przeciągu dwu do trzech godzin poniżej ciepłoty prawidłowej. Cały ten objaw trwa mniejwięcej 6 godzin i u ludzi nie gorączkujących bywa mniej wybitny, niż u tych, którzy mieli ciepłotę podwyższoną.

Jeżeli jednocześnie z cukrem wstrzykniemy 1 cm. sz. 1‰ rozczynu adrenaliny, to cukru wydzieli się w moczu trochę mniej, 6—8 gronowego, 4—5 owocowego. Ilość cukru powiększy się znacznej, niż poprzednio, od 0,07—0.200, a wydzielenie kwasu mlecznego będzie przy cukrze gronowym zwiększone jak zwykle od 0.07—0,100, przy lewozwrotnym zaś od 007—0.300, trochę więcej, niż zwykle. Fosforany ulegną niewielkiemu obniżeniu. Jeżeli jednocześnie z cukrem wstrzykniemy 0,05 florydzyny, to ilość cukru we krwi nieznacznie się podniesie, w każdym razie nie spadnie. W moczu wydzieli się 20 gr. do 25 gr. cukru, zamiast 9. W tych wydzielonych 20 gr. będzie mniej więcej 4—5 gr. lewozwrotnego, a 16 prawozwrotnego jeżeli wstrzykniemy lewulozę; przy wstrzyknięciu dekstrozy wydzieli się oczywiście tylko dekstroza. Ilość kwasu mlecznego, jak zwykle, powiększy się zwykle po lewulozie więcej, niż zazwyczaj, a nieznacznie po dekstrozie. Fosforany tym razem nie ulegną obniżeniu, jak gdyby florydzyna niszczyć miała białko i tem powiększać na własną rękę fosforany.

Wpływ, jaki wstrzyknięcie lewulozy wywiera na ustrój, zainteresował jednego z nas (Lindnera), który poprzednio już badał wpływ wstrzyknięć »Besredki« na krew u chorych na dur. Rozpoczęliśmy tedy doświadczenia nad wpływem wstrzyknięcia lewozwrotnego cukru u zdrowych i chorych i porównywaliśmy ten wpływ do wpływu deuteroalbumoz, lipoidów, salwarsanu i elektargolu. Badaliśmy oprócz cukru we krwi, kwasu mlecznego, i fosforanów moczu ilość ciałek białych i ich jakość, barwiąc krew metodą Giemsy-Romanowskiego. Wyniki nasze streścić się dają w następujących zdaniach.

Wstrzyknięcie lewulozy wywołuje u zdrowego po godzinie dreszcz i gorączkę, która po dwu lub trzech godzinach dochodzi do zenitu 38—39°, a potem w przeciągu 2—4 godzin opada do zwykłego poziomu. Ciałka białe spadają np. 8.000 do 3.000, przyczem przeważnie zmniejsza się ilość wielojądrzastych; jednojądrzaste małe limfocyty i jednojądrzaste wielkie mniejszy wykazują spadek. U osób tak zwanych limfatycznych spadek bywa mniejszy, co polega na tem, że u takich osób ilość limfocytów małych nietylko się nie zmniejsza, ale przeciwnie idzie w górę np. z 1200—1400 w 1 mm. sz. Równie leniwo oddziałują na wstrzyknięcie cukru wszelkie niedokrwistości.

Wstrzyknięcie lewulozy u gorączkujących, np. w gruźlicy, podnosi ciepłotę do 41—42°, wywołuje potem spadek do 36—35°. Odczyn trwa mniej więcej 6 godzin, a we krwi występują te same zmiany. Jeżeli ilość ciałek wielojądrzastych była zwiększona np. wynosiła 19.000, to przeważnie spada np. do 3000, ilość limfocytów spada mniej, a ilość ich na drugi dzień się podnosi, natomiast wielojądrzaste wracają do ilości, znalezionej przed wstrzyknięciem. I w gorączce ustrój limfatyczny oddziaływa inaczej: ilość ciałek wielojądrzastych spada, a ilość limfocytów się zwiększa. Na przebieg choroby wstrzyknięcie wpływu nie ma. Raz tylko widzieliśmy przy zapaleniu stawów, że gorączka po wstrzyknięciu lewulozy i po zwykłym odczynie ustąpiła zupełnie, może tylko »post«, nie »propter«.

Wstrzykiwanie cukru lewozwrotnego w durze wywołuje mimo leukopenii spadek ilości białych ciałek z 6000 na 1700, przyczem znowu wielojądrzaste główną odgrywają rolę, — małe limfocyty mniejszej ulegają zmianie. U osobników limfatycznych zmniejszenia się ilości białych ciałek nie widać, bo mimo spadku ilo-

ści wielojądrzastych podnosi się ilość limfocytów i maskuje spadek. W jednym przypadku wstrzyknęliśmy dekstrynę i tym razem chory odpowiedział wprawdzie podwyższeniem ciepłoty zwyczajnem, ale zato spadek ciepłoty był niezwykle głęboki i trwał 3 dni. W ciągu tego ciałka białe spadły z 10.000 do 3.000; podniosły się potem w czasie spadku ciepłoty do 30.000 i w miarę wznoszenia się ciepłoty spadały: z początku do 20.000, wreszcie do 7.000, w ten dzień, kiedy ciepłota wróciła do 38°. Pomimo reakcyi silnej ciepłota powoli wznosiła się w górę i doszła do tej samej wysokości, co przed doświadczeniem, aby z uporem dokończyć zwykłego swego przebiegu durowego. Wstrzyknięcie lewulozy, dekstryny, deuteroalbumoz, czy »Besredki«, jak wykazują nasze krzywe, jest tylko »epizodem« w przebiegu choroby, ale leczniczego wpływu niema.

Ponieważ stale po wstrzyknięciu lewulozy zauważaliśmy znaczne powiększenie ilości kwasu mlecznego i jednoczesną gorączkę, zatem należało spróbować, czy wstrzyknięcie deuteroalbumoz, dekstryny, salwarsanu, elektrargolu, które także podwyższenie ciepłoty wywołuje, nie wywrze wpływu na wydzielenie kwasu mlecznego. Okazało się, że żaden z tych środków, nawet dekstryna, tem mniej deuteroalbumozy lub lipoidy, nie wywołują powiększenia kwasu mlecznego, który zdaje się być szczególnie produktem spalania lewulozy.

Wstrzykiwania deuteroalbumoz, przygotowywanych przez nas samych z przesięków i surowicy, wywoływało bądź spadek, bądź wznoszenie się liczby leukocytów. Wstrzykiwanie lipoidów, wyciągów eteryczno-wyskokowych z przesięków i krwi wywoływało stale wznoszenie się ilości leukocytów, szczególniej wielkich jednojądrzastych, na co umyślnie zwracamy uwagę.

U osób chorych na cukrzycę kwas mleczny sam przez się jest ilościowo zwiększony, a przez wstrzyknięcie lewulozy tembardziej się powiększa. Wstrzyknięcie florydzyny samo przez się wywołuje powiększenie ilości kwasu mlecznego, świadcząc o mobilizacyi cukru.

Doświadczenia te wykonałem w pracowni szpitala powszechnego w Lincu wraz z prymaryuszem szpitala Egonem Lindnerem, którego pomoc i dyskusya były mi nadzwyczaj cenne. Nagła śmierć zabrała mi tego nieocenionego współpracownika, którego myśli długo jeszcze pracom moim towarzyszyć będą i którego wspomnieniu najgłębsza cześć się należy.

Z wojskowego szpitala epidemicznego we Lwowie.

O obecnej epidemii grypy ze stanowiska klinicznego.

podali

Prof. Dr. Maryan Franke i Dr. Julia Bickels.

(Dokończenie).

W paru słowach dotkniemy sprawy rozpoznania różniczkowego. Rozpoznanie grypy w przypadkach lekkich nie przedstawia zbytniej trudności w razie wybitnego rozwinięcia objawów typowych, do których zaliczyć należy tor gorączki, napęczniałość (turgor) twarzy, zajęcie spojówek i gardła. Trudności rozpoznawcze nasuwały przypadki (niepowikłane) z ogólną wysypką na skórze, które mogła budzić przypuszczenie płonicy. Przeciw płonicy przemawiała jednak bladość wysypki na skórze, jak i w gardle, zajęcie spojówek, tętno wolne (bradycardia), i stan krwi, to jest brak charakterystycznej dla płonicy eozynofilii, jak i dalszy przebieg przypadku. W ciężkich przypadkach grypy znowu mogło się rozpoznanie wahać między grypą, a schorzeniami durowemi. W odróżnieniu od duru brzusznego pomocne nam było badanie krwi co do aglutynacyi, brak guzków na skórze, brak wybitnego powiększenia śledziony, jak i badanie stolca lub też moczu co do prątków właściwych; leukopenia nie miała dla nas wartości w obec częstej leukopenii grypowej. Za durem plamistym przemawiała dodatnia próba Weil-Felixa i typowa wysypka krwawa, a w obu durach brak odczynu dwuazowego, którego nigdy nie stwierdzaliśmy w przypadkach grypy. Od rozpoznania duru powrotnego, który dawał objawy ogólne podobne do grypy, chroniło nas badanie krwi i wykazanie krętków Obermeyera. Zakażenie krwi (sepsis) i prosówkową gruźlicę odróżnialiśmy na znanych podstawach, jak i zapalenie płuc krupowe, zapalenie opon mózgowych i t. d. Wspomnimy tylko o początkowej gruźlicy płuc, którą można było przypuszczać w przypadkach grypy z dążnością do krwotoków płucnych, lecz obecność prątków gruźliczych w plwocinie wyjaśniała wnet sprawę chorobową.

O rokowaniu w przypadkach grypy wspomnieliśmy już wyżej.

W paru słowach poruszymy sprawę badania pośmiertnego przypadków, przedewszystkiem zmarłych wśród objawów wikłającego zapalenia płuc. Sekcya tych przypadków wykazywała w płucach zmiany, podobne do tych, które podają inni autorowie, więc obrazy rozsianego zapalenia ogniskowego płuc, właściwego grypie, przy częstych wybroczynach krwawych lub też nalotach włóknikowych na opłucnej i t. d. Przypomnę tylko, że Hansemann w Berlinie pokazywał preparaty płuc, pochodzące z epidemii grypy w roku 1889/90, które przedstawiały obraz zupełnie podobny do obecnych.

Nie wchodząc w badania obce, dotyczące etyologii obecnej pandemii grypy, przedstawimy w krótkości wyniki badań naszych, dotyczące tej sprawy, a przeprowadzone w pracowni II. laboratoryum epidemicznego, pozostającej pod kierownictwem Doc. Dr. Dienesa z Budapesztu. Badania plwocin, badania wydzieliny wydobytej z gardła lub nosa chorych, badania zawartości opryszczki wykazywały obecność drobnoustrojów banalnych, którym nie można było przypisywać znaczenia etyologicznego przy powstaniu grypy, a nigdy nie wykazały obecności prątka grypowego Pfeiffera, co podnieść musimy. Badanie krwi na płytkach, jak i w bulionie, wykazywało jałowość jej przy tym sposobie badania, tak, że i tu nie doszliśmy do wyniku dodatniego. Badanie plwocin przypadków grypy powikłanej nie wykazało nigdy obecności prątków grypy, ale drobnoustroje inne, jak gronkowce, paciorkowce, czasem dwoinki zapalenia płuc lub też prątki Friedländera, tak, że żadnemu z tych drobnoustrojów nie można było przypisać ważniejszego znaczenia przy powstaniu sprawy chorobowej. Do wyników dodatnich doszliśmy tylko przy badaniu wysięków opłucnych naszych przypadków, które w dziewięciu przypadkach wykazało obecność paciorkowców, odbarwiających się (trudno wprawdzie) przy barwieniu sposobem Grama, tak, że Doc. Dienes charakteryzował je jako, w pewnym stopniu przynajmniej, gramoujemne. Z jednego wysięku wstrzyknął Doc. Dienes 0,1 cm. sz. królikowi śródżylnie bez żadnych następstw chorobowych, co wskazywałoby również na pewną odmienność tych paciorkowców w stosunku do innych dobrze nam znanych, które, choć nie w wysokim stopniu, są zwykle chorobotwórcze dla królika. Czy i jakie znaczenie etyologiczne przypisaćby należało tym paciorkowcom przy powstaniu samej grypy lub tylko jej powikłań, tego rozstrzygać nie możemy wobec zbyt skąpych badań naszych i nie wykazania równoczesnego paciorkowców w plwocinie tych samych chorych. W każdym razie badania nasze nie przemawiają za znaczeniem etyologicznem prątka Pfeiffera dla obecnej pandemii grypy, a popierają twierdzenie Mandelbauma, że przyczynę obecnej grypy stanowi jakiś nie znany nam dotychczas »virus invisibilis«, a paciorkowce może są jedną z głównych przyczyn ciężkich powikłań grypy.

Przechodząc wreszcie do leczenia, stosowanego przez nas, zaznaczyć musimy, że w przypadkach niepowikłanych byliśmy bardzo powściągliwi w stosowaniu rozmaitych środków aptecznych. Podawaliśmy wprawdzie aspirynę i jej przetwory, bez wrażenia jednak, jakoby one skracały przebieg sprawy chorobowej; działają one tylko objawowo przeciwko gorączce, lecz na krótki czas. Podawaliśmy piramidon przeciwko uporczywym bólom, przedewszystkiem przeciwko bólom głowy, lecz tylko ze skutkiem czasowym. Robiliśmy użytek z rozmaitych środków narkotycznych przeciwko kaszlowi. Sprawa chorobowa przy tem leczeniu objawowem przebiegała i tak korzystnie w swoim okresie czasu, tak, że to leczenie objawowe wystarczało zupełnie. Przy grypie, powikłanej zapaleniem płuc, prócz środków wspomnianych stosowaliśmy przedewszystkiem środki sercowe, i to od początku sprawy chorobowej, więc duże dawki naparstnicy, olejek kamforowy lub też kofeinę podskórnie w dawkach dużych i często powtarzanych i mieliśmy wrażenie wpływu korzystnego na przebieg i ostateczny wynik przypadków, tak, że to leczenie polecalibyśmy jako najkorzystniejsze. Wobec beznadziejności wielu przypadków przeszliśmy jednak w ostatnich czasach do leczenia przypadków powikłanych wstrzykiwaniami neosalwarsanu. Dotychczas stosowaliśmy neosalwarsan śródżylnie w daw-

kach po 0,6 gr. w 8 najcięższych przypadkach grypowego zapalenia płuc, a z tego wyzdrowiało pięciu chorych, zmarło trzech, więc stosunek jeszcze nie najgorszy wobec i tak bardzo złego stanu tych chorych. Dodamy, że w ogóle w każdym z tych przypadków nazajutrz po wstrzyknięciu neosalwarsanu stwierdzaliśmy spadek gorączki i poprawę stanu ogólnego, a w przypadkach korzystnie się kończących od chwili wstrzyknięcia można było widzieć powolne cofanie się gorączki i sprawy chorobowej w ogóle. Z trzech przypadków śmiertelnych w jednym śmierć nastąpiła dopiero w trzecim tygodniu wśród nowych nawałów zapalenia płuc, w drugim przy nawrocie sprawy zapalnej, a tylko w trzecim już w pierwszym nawale sprawy chorobowej. Zaznaczyć należy, że w tych przypadkach stosowaliśmy obok salwarsanu także i forsowne leczenie lekami sercowymi. Dotychczasowe nasze doświadczenie przemawia przecież za tem, że w ciężkich przypadkach grypy powikłanej zapaleniem płuc leczenie salwarsanem może mieć wpływ korzystny na przebieg i wynik choroby, ale nie radzilibyśmy stosować go w okresie późnym, gdy wystąpią wybitne objawy niesprawności narządu krążenia. O leczeniu innych powikłań nie będziemy mówić, bo ono musi iść po myśli znanych nam dobrze reguł leczniczych.

Kończąc nasze uwagi, musimy zaznaczyć, że nie stoimy jeszcze na przełomie epidemii, która właśnie obecnie przybiera charakter coraz złośliwszy, a celem naszym musi być obecnie dążyć do wyjaśnienia etyologii drobnoustrojowej obecnej pandemii, ażeby tą drogą uzyskać podstawę do właściwego (swoistego) leczenia tej groźnej sprawy chorobowej.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

surowica uodpornionych, ochronna, Immunserum.
krosta szczepienna, Impfpustel.
ciepłota podnormalna, hypothermia.
hodowność, Züchtbarkeit.
komórka kruchliwa, Klasmatocyt.
wyzyskowność, Ausnutzbarkeit.
krętek, treponema, spironema, spirochaete.
przynętniki, Attraxine.
podnieta, pobudka, impuls, Anstoss.
domykalność, wygajalność (n. p. przetoki), Schlussfähigkeit.
powstawanie choroby, zmiany, pathogenesis.
hodowla martwa, sterilisierte Kultur.
zlepność, Agglutinibilität.
obwodowy, endständig, distal.
odczyn skórny, Cutireaktion.
uchyłek, wrzód uciskowy, Druckusur, Druckgeschwür.
miękkawy, festweich.
niezniszczalny gotowaniem, kochbeständig.
niezniszczalny gorącem, wytrwały na gorąco, hitzebeständig.
wycięcie okienkowate, Fensterresektion.
wskaźnik barwliwości, Färbeindex.
choroba pokarmowa, Ernährungskrankheit.
skręcenie ksobne, Einwärtsrotation.
guz gruźliczy, tuberculoma.
wielokrwinkowość, polycythaemia, polyglobulia, erythraemia.
osadnik, strącalnik, Praecipitin.
pierścień (limfatyczny) gardłowy, Rachenring.
wyjaławianie przerywane, tyndallisatio.
krótkoczłoność, mikromelia.
krótkoczłonki, mikromelus.
zatoka ustna, Mundbucht.
wcieradło, Einreibungsmittel.
choroba bąblowcowa, echinococcosis.

Sprostowanie.

W 17. notatce:

zamiast jądr*a* wnętrne ma być jądr*o* wnętrne
» nad*trwa*nie » » nad*trzo*nie

W 14. notatce:

zamiast odnow*czo*ść ma być odnow*no*ść.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. XI. b. r. posiedzenie, na którem doc. Dr T. Janiszewski miał wykład p. t. »Najpilniejsze zadania polskiej organizacyi sanitarnej w dobie obecnej«. W dyskusyi przemawiali kol. Ciechanowski, Godlewski, Momidłowski, Kostanecki, Bier, Kraszewski.

— Doc. dr Jan Mazurkiewicz przeniósł się do Warszawy, gdzie w Ministerstwie zdrowia obejmuje referat i nadzór wszystkich polskich zakładów dla umysłowo chorych. W Krakowie pozostawia doc. dr Mazurkiewicz powszechne uznanie swej działalności, której owocem jest stworzony kosztem byłego Sejmu galicyjskiego wielki krajowy zakład dla umysłowo chorych w Kobierzynie. Zapisawszy swą pracą w Kochanówce pod Łodzią piękną kartę w dziejach opieki nad obłąkanymi w Polsce, został dr Mazurkiewicz zaproszony przez Wydział krajowy galicyjski do udziału w budowie, do organizacyi i kierownictwa zakładu w Kobierzynie. Pracy tej poświęcił dr Mazurkiewicz szereg najpiękniejszych lat swego życia, wielki zasób doświadczenia i energii i pomimo licznych trudności zdołał utworzyć instytucyę, mogącą zwycięsko współzawodniczyć z najlepszemi zagranicznemi. Po zniszczeniu wojennem podjął doc. Mazurkiewicz syzyfową zrazu pracę uporządkowania i uruchomienia zakładu i zdołał dokazać rzeczy wprost niezwykłej: Zakład został otwarty choć częściowo. Kierownictwo czynnego już zakładu prowadził doc. Mazurkiewicz przez 8 miesięcy.

W kołach koleżeńskich zyskał sobie doc. Mazurkiewicz wielkie uznanie i powszechne sympatye, których wyrazem są serdeczne życzenia, towarzyszące mu ze wszech stron na nowem, a tak ważnem stanowisku.

Warszawa. Ministerstwo zdrowia publicznego prowadzi energicznie akcyę przeciw wyludnieniu, a to zapomocą opieki nad matkami i nad dziećmi, oraz walki z chorobami zakaźnemi. W opiece nad matkami stara się Ministerstwo przedewszystkiem o organizacyę pomocy położniczej przez obsadzanie posad akuszerek gminnych; za staraniem Ministerstwa już 25 Sejmików powiatowych wniosło do budżetów po 10—15 tysięcy marek rocznie na pomoc położniczą. Z funduszu 10-milionowego na ratowanie dzieci wydało Ministerstwo dotąd $1^{1}/_{2}$ miliona na poparcie Towarzystw opieki nad dziećmi. Kolumnom sanitarnym K. B. K. pod kierunkiem prof. Dr Godlewskiego udzielono dotąd około 100.000 marek. (Zdrowie).

Z różnych stron. »Časopis lekařuv českych«, witając w Nr 44 z 2 listopada powstanie Państwa czesko-słowackiego, wzywa lekarzy czeskich w podniosłej odezwie do pracy i wytrwałości w tej nowej erze bytu narodu. Zarazem podnosi »Časopis« myśl utworzenia wszechsłowiańskiego lekarskiego czasopisma sprawozdawczego, z któregoby się Słowianie wzajemnie mogli dowiadywać o swym ruchu naukowym; wreszcie wnosi »Časopis«, by przystąpić do opracowania terminologii lekarskiej słowiańskiej.

Zmarli: Dr Jan B o g u s z e w s k i w 37 r. ż. w Krakowie. Pochodził z Mińszczyzny. Jako lekarz miejski w Wilnie gorliwie pracował na polu społeczno-higienicznem, potem założył i redagował »Lekarza wileńskiego«. Po wybuchu wojny wstąpił jako lekarz do Legionów. W końcu pracował w Krakowie w biurach Czerwonego Krzyża, redagował »Walkę o zdrowie«, wreszcie objął stanowisko lekarza powiatowego w Miechowie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 302

Konto poczt. Kasy Oszczędn. 813 478

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 23 listopada 1918 Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu we Lwowie.

Spostrzeżenia z zakresu anatomii patologicznej i bakteryologii t. zw. hiszpańskiej grypy.

Podał

Prof. dr Witold Nowicki.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem d. 5. X. 1918).

Znaczniejsza liczba sekcyi ludzi zmarłych na t. zw. hiszpańską grypę pozwala mi przedstawić zmiany anatomiczne, spostrzegane przezemnie w obecnie grasującej pandemii tej choroby, oraz poświęcić kilka słów jej etyologii. Materyał sekcyjny obejmuje okres niespełna 7 tygodni, t. j. końca sierpnia, września i pierwszej połowy października. Niewątpliwie już przedtem zwracała uwagę znaczniejsza, niż zwykle w tym czasie, liczba zapaleń płuc i opłucnej, gromadnie jednak pojawiły się one dopiero w pierwszych dniach września.

Materyał mój obejmuje 84 sekcyi, pochodzących z tutejszego krajowego szpitala i kilku sekcyi z kliniki lekarskiej, oraz 3 ze szpitala garnizonowego. Już na pierwszy rzut oka uderza młody wiek zmarłych, poniżej roku 30. było bowiem 58 (69%), t. j. przeszło $^2/_3$ ogólnej liczby. Największa liczba przypada między 15. a 30. r. ż., bo 36; między 30. a 50. — 23, powyżej lat 60 tylko 2. Najmłodsze dwoje dzieci miały po 3 lata, najstarszy mężczyzna lat 77. Jak wiadomo, ogólnie podnoszą ten młody wiek zapadających na obecną grypę, odpowiednio też i na stole sekcyjnym najwięcej spotykamy osób młodych. N. p. Schmorl (27) miał na 50 sekcyonowanych 45 poniżej 30. roku życia. Fakt ten tłomaczą powszechnie brakiem uodpornienia owych młodych osób w przeciwieństwie do starszych, którzy w tak znacznej większości przeszli wielką pandemię influenzy z przed lat 30. Dzieci poniżej lat 10 mieliśmy zaledwie czworo. Co do płci, to w naszym materyale bardzo znaczną przewagę stanowią kobiety, bo również $^2/_3$ ogólnej liczby sekcyonowanych. Jestto najprawdopodobniej następstwem powołania pod broń młodych mężczyzn; w wojsku, o ile nam wiadomo, obecna pandemia wiele również zabrała ofiar. Co do zajęcia, to główny kontyngent stanowili zarobnicy, co zresztą należałoby tłomaczyć materyałem szpitalnym.

Sekcyonowane osoby na ogół były dobrze odżywione, co na obecne czasy jest na stole sekcyjnym wprost uderzające, a więc o dobrze rozwiniętej tłuszczowej podściółce, dochodzącej niekiedy i kilku centymetrów. Prawie z reguły nie było miejscowego lub ogólnego niedorozwoju. Pod tym też względem nie mogę podzielić zdania Oberndorfera (24), jakoby na grypę hiszpańską łatwiej zapadały osoby t. zw. limfatyczne lub ze stanem limfatycznograsicznym. Nie widział ich w materyale sekcyjnym Dietrich (6), ani Brusch (3), (ani Ciechanowski (3 a). Dopisek w korekcie). Uderzającym jest dalej na ogół brak zmian gruźliczych. Jedynie u 8 (9·5%) stwierdziliśmy zmiany gruźlicze lub też pogruźlicze, a więc u 3 zwapnienia gruczołów okołooskrzelowych, u 3 stare jednostronne lub obustronne zbliznowacenie w szczytach, u 2 zaś gruźlicę postępującą, t. j. w jednem płucu i otrzewnej. U dzieci (4) nigdy nie stwierdziłem gruźlicy.

Zmiany anatomiczne, spostrzegane na stole sekcyjnym, są oczywiście zmianami daleko posuniętemi i dotyczącemi ciężkich przypadków grypy hiszpańskiej, a, sądząc z dotychczasowego piśmiennictwa, zgadzają się na ogół ze sobą. Zmiany spostrzegane przezemnie dotyczyły niemal wyłącznie narządu oddechowego, podobnie, jak w wielkiej pandemii r. 1889/90. T. zw. czystych toksycznych przypadków nie widzieliśmy w naszym materyale. Zmiany w narządzie oddechowym dotyczą dróg oddechowych i płuc, a przedstawiają się niemal z reguły tak charakterystycznie, że kto widział kilka sekcyi ludzi zmarłych na hiszpańską grypę, ten nawet bez informacyi klinicysty może rozpoznać właściwe ich tło. Najstalszą zmianą jest ostre zapalenie dolnej części tchawicy i oskrzeli. Błona śluzowa jest tu bardzo silnie przekrwiona, rozpulchniona i zazwyczaj pokryta skąpą wydzieliną, nieraz krwawą, czasem może przybierać charakter wybitnie krwotoczny (bronchitis haemorrhagica grippalis). W przeciwieństwie do oskrzeli drobniutkie oskrzeliki wypełnione są obfitą mniej lub więcej gęstą treścią ropną, która nietylko wydobywa się za uciskiem płuca, ale nieraz sama występuje, jak guzeczki, na przekroju. Owo ropne zapalenie oskrzelików pojawia się zazwyczaj w pierwszym rzędzie w tylnych i dolnych częściach płuc i jest niewątpliwie przyczyną owej duszności i sinicy, którą u tych chorych się widzi. Do takiego zapalenia oskrzelików może się nawet ograniczyć cała zmiana w płucach, jak to u 3 młodych kobiet spostrzegałem. Z palenia włóknikowego, spostrzeganego dawniej (Naunyn (22), Weichselbaum (35)) nie spostrzegaliśmy w obecnej pandemii, podobnie zapalenia dyfterycznego, spostrzeganego obecnie przez Schmorla, Lubarscha (18), Bruscha i Simmondsa (32). Jedyny raz stwierdziliśmy nieznaczny, więcej strzępiasty wysięk włóknikowy na błonie śluzowej oskrzeli z równoczesnem śródmiąższowem t. z. ropnem zapaleniem płuc. W jednym przypadku, u kobiety 30-letniej z rozległem obustronnem zapaleniem płuc, stwierdziliśmy w okolicy rozgałęzienia tchawicy rozległe zlewające się zgorzelinowe owrzodzenia o dość ostrych brzegach, drążące w głąb. Z dalszych zmian oskrzeli należy podnieść jako rzecz zwykłą w sposób ostry powstałe walcowate rozszerzenia większych gałęzi oskrzelowych i oskrzelików, przez co nawet przekrój płuca charakterystycznie wygląda. Spostrzegano je również przed 30 laty. Jako nader wielką rzadkość spostrzegał wówczas Leichtenstern (16) w jednym przypadku w sposób ostry powstałe jamy oskrzelowe. Takie jamy, dochodzące nawet wielkości małego orzecha włoskiego, a stale usadowione w dolnych częściach płuc, spostrzegaliśmy aż 6 razy, i to 2 razy u osób po 45. r. ż., 3 u osób między 20. a 30. r. życia i jeden raz u dziecka 5-letniego. Cały obraz wskazywał na ostre ich powstanie. Są to, o ile mi wiadomo, jedyne przypadki z dotąd ogłoszonego sekcyjnego materyału z obecnej pandemii. Rozszerzenia takie mogą się, według Leichtensterna, utrzymywać miesiącami i mogą prowadzić do gnilnego zapalenia oskrzeli.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany, spostrzegane w obecnej zarazie w krtani. Są to obok ostrych zapaleń obrzęki i owrzodzenia. Ostre, nieraz krwotoczne zapalenia spostrzegaliśmy tu bardzo często, raz tylko jeden zapalenie włóknikowe, i to nagłośni i przedsionka krtani, jednak nie pod postacią błon wrzekomych. Obrzęk krtani, t. j. wejścia do niej, w niewielkim stopniu był zwykłem zjawiskiem, natomiast bardzo wybitne obrzęki, znacznie zwężające wejście do krtani, a za życia niewątpliwie znacznie większe, stwierdziliśmy 16 razy, t. j. w 19%. Dotyczyły one głównie fałdów nalewkowonagłośniowych, a występowały jednostronnie lub obustronnie. Nigdy natomiast nie spostrzegaliśmy wyraźnego obrzęku więzadeł głosowych. Są to wszystko

ostre obrzęki, niejednokrotnie w związku z zapaleniem ochrząstnej, wiodącem do ropienia. Wrzody krtani widzieliśmy 7 razy (8·3%); 3 razy usadowione były na tylnem spoidle, 2 razy na więzadle prawdziwem, 5 razy na fałdzie nalewkowo-nagłośniowym. Miały one charakter wrzodów zgorzelinowych, z dążnością do drążenia w głąb ku ochrząstnej, a zwykle postać ich była szczelinowata. Stale wrzody krtani wikłały się z ropnem zapaleniem płuc. W ogólności należy podnieść, że powikłania ze strony krtani spostrzega się w obecnej pandemii znacznie częściej, niż przed laty 30.

Zmiany w gardle spostrzegaliśmy już rzadziej w porównaniu z omówionymi odcinkami dróg oddechowych. O ile pojawiały się, cechowały się one pewnym obrzękiem i widocznem przekrwieniem, a nawet wybroczynami błony śluzowej, w jednym zaś przypadku u 27-letniej kobiety były obok owrzodzeń krtani także poza nagłośnią, na grzbiecie korzenia języka i w gardle aż po łuki podniebienne liczne zlewające się, o geograficznych granicach owrzodzenia zgorzelinowe. Ze względu na wrota zakażenia zwracaliśmy szczególniejszą uwagę na migdałki. Były one przeważnie powiększone, a powiększenie to należało uważać bądźto za zwykły rozrost, bądź też za następstwo zapalenia. I tak 7 razy stwierdziliśmy zapalenie ropne, nawet z ropniami wielkości drobnego groszku, 8 razy zaś świeże zapalenie mieszkowe, poza tem wcale często zmiany stare pod postacią powiększonych migdałków, z których można było wycisnąć czopki zagęszczonej, dość suchej, żółtawej treści.

Najczęstszą i najważniejszą zmianą, spostrzeganą na stole sekcyjnym w hiszpańskiej grypie, jest zapalenie płuc; na 84 sekcyi stwierdziliśmy je 77 razy (84%), jedynie zatem 7 razy nie można go było stwierdzić, z czego w 3 było ropne zapalenie opłucnej, w 3 ropne zapalenie oskrzelików, w jednym zaś bardzo ostry obrzęk płuc, przypominający t. zw. surowicze zapalenie płuc (pneumonia serosa). Najczęściej, t. j. 65 razy (84·4%), stwierdzaliśmy obustronne zapalenie płuc, z pozostałej liczby 12 7 razy było zapalenie płuc tylko po stronie prawej, 5 razy po stronie lewej. Ze względu na usadowienie i rozległość należało przyjąć, że zapalenie płuc, z wyjątkiem 17 przypadków, najprawdopodobniej zaczęło się po stronie prawej, i to przedewszystkiem od tyłu, w okolicy przykręgowej, a następnie przechodziło na podstawę górnego płatu. Jedynie 2 razy mieliśmy zapalenie szczytowe, i to jeden raz zrazowe, drugi zaś odoskrzelowe z przejściem w ropienie; w tych obu razach odcinało się ono ostro na podobieństwo zawału. Anatomiczne obrazy w naszym materyale przedstawiały znaczną rozmaitość, i to nietylko wskutek różnych rodzajów zapalenia, lecz także wskutek różnej rozległości, sposobu odgraniczania się i zejścia. Ta rozmaitość nadaje właśnie tak znamienne cechy zapaleniom płuc w grypie hiszpańskiej. Co do rodzajów, dadzą się zapalenia płuc sprowadzić we dług mych spostrzeżeń do 3 typów: zapalenia zrazikowego, zrazowego i śródmiąższowego; zapalenia te mogą się kombinować nawet w tym samym płacie. Naogół nie różnią się one od naszych anatomicznych typów, jedynie chętnie przybierają krwotoczny charakter.

Zapalenie zrazikowe tworzyć tu może drobniutkie rozrzucone lub zlewające się ogniska odoskrzelowego zapalenia, często z widocznem w środku rozszerzonem światłem oskrzelika. W niektórych przypadkach te ogniska tworzyły odosobnione kolonie do wielkości dłoni, należąc widocznie do jednego pnia oskrzelowego. Owe zlewające się lub rozrzucone ogniska stwierdziliśmy 48 razy (75·3%). Szczególnie jest charakterystyczne, jak to zresztą ogólnie podnoszą, chętne ich usadawianie się pod opłucną, gdzie nawet na większej przestrzeni zlewały się ze sobą, gdy głębsze części płuca wolne były od zapalenia. Wyjątkowo też spostrzegałem centralne zapalenie płuc. Drugą cechą, nader charakterystyczną również i dla zrazowego zapalenia, a dość ogólnie podnoszoną, jest klinowata postać ognisk zapalnych, zwróconych podstawą do opłucnej, bardzo podobnych do zawałów. Owe kliny odcinają się zazwyczaj ostro od otoczenia i z czasem wprost mogą się oddzielać od otoczenia. Wielkość ich może być różna, mogą nawet zajmować znaczną część płatu. Co do innych szczegółów, to zależą one od wysięku, wypełniającego pęcherzyki, a więc nieżytowokomórkowego, czasem krwotocznego, a zatem są to ogniska o powierzchni gładkiej, w razie wysięku włóknikowego powierzchnia jest ziarnista; pierwsze przeważały. Obrazy drobnowidowe zrazikowych zapaleń przedstawiają również pewną rozmaitość. Uderza tu dość znaczna ilość ropną treścią wypełnionych porozszerzanych oskrzelików; nabłonki ich po największej części zniszczone. Ściany i otoczenie małych oskrzeli z reguły bardzo silnie przekrwione i mniej lub więcej zapalnie naciekłe. Pęcherzyki płucne bywają nawet w tem samem polu widzenia wypełnione różną treścią; w ogniskach nieżytowych obfite złuszczone nabłonki, czasem bardzo skąpy włóknik, wśród którego nieliczne białe ciałka lub też treść ropna. W ogniskach klinowatych widoczna jest nadto w niektórych pęcherzykach prawie sama krew, jak w krwawym zawale. W razie wysięku włóknikowego nie tworzy on zwykle tak zbitej siatki, jak n. p. w zapaleniu włóknikowem zrazowem.

Drugą grupę, znacznie mniejszą, obejmującą 25 naszych przypadków (32·4%), stanowią zapalenia zrazowe, a więc zajmujące jednostajnie większe części płuca. I te zapalenia najchętniej zajmują tylne i dolne części płuc. Takie zrazowe zapalenia różnią się od zwykłego zrazowego włóknikowego zapalenia brakiem lub na ogół nieznaczną ziarnistością powierzchni przekroju, dalej zwykle niejednostajnem zabarwieniem z pasmami i ogniskami żółtemi, a wreszcie pewną wiotkością. Zajęty płat nie jest tak powiększony i ciężki, jak we włóknikowem zapaleniu. Makroskopowy obraz przypomina nieraz asteniczne zapalenie płuc, wydarzające się, jak wiadomo, u ludzi starych i charłaczych. W zapaleniach tych nie widzimy tego charakterystycznego zejścia, jak w zrazowem włóknikowem zapaleniu. Drobnowidowo i tu włóknik nie jest tak zbity, jak w zapaleniu włóknikowem, lub też zaledwie daje się wykazać.

Trzecią grupę zapaleń stanowią zapalenia śródmiąższowe. Są to niewątpliwie najrzadziej spotykane postacie grypowego zapalenia płuc. Spostrzegałem je tylko raz jedyny, inni częściej, jak n. p. Meyer i Bernhardt (21) mieli na 28 przypadków to zapalenie 5 razy. (Ciechanowski (3 a) na 38 przypadków 4 razy. Przyp. w korekcie). Jest ono sprawą martwiczoropną, zajmującą tkankę łączną około dużych pni oskrzelowych i naczyniowych. Powstają więc żółtawe lub białawe pasy martwiczej lub ropą naciekłej tkanki, przebiegające od wnęki płuc do opłucnej; pasy te połączone są poprzecznemi krótszemi pasmami, między któremi makroskopowo i mikroskopowo miąższ jest niezmieniony. Jestto t. zw. zapalenie ropne międzyzrazikowe (pneumonia dissecans suppurativa). Sprawa szerzy się głównie naczyniami chłonnemi, martwicy zaś mogą ulegać w całości i ściany naczyń w tej tkance się znajdujących.

Te trzy grupy zapaleń, mogących się ze sobą kombinować, nie wyczerpują wcale anatomicznych obrazów, spotykanych w grypie hiszpańskiej; dochodzą tu jeszcze zmiany, które są niepomyślnem, a niestety wcale częstem zejściem zapaleń. Jestto ropienie i zgorzel. W naszym materyale na 77 zapaleń stwierdziliśmy 37 razy, a zatem w 48%, t. j. prawie w połowie, przejście zapalenia w ropienie. Owe ropne zmiany mogą się rozmaicie przedstawiać, zależnie od rodzaju pierwotnego zapalenia. Najczęściej stwierdzaliśmy ropienie w podstawowej części dolnych płatów. Typowo przedstawiały się jako drobne ropnie, średnio wielkości główki od szpilki, szczególnie chętnie usadowione pod samą opłucną. Te drobniutkie ropnie bardzo często tworzyły kolonie, podobnie jak wspomniane ogniska zapalenia odoskrzelowego. O ile przejściu w ropienie ulegało zapalenie zrazowe, wówczas części ulegające ropieniu były większe, a prawie zawsze ostro odcinały się od otoczenia, wprost oddzielając się od niego. Rozległego ropnego rozpadu nie spostrzegaliśmy ani razu. Ogniska ropne, usadowione pod opłucną, bardzo często podobne były do sposoczałych zawałów, a liczba ich była różna. U 12-letniego chłopca z ropniakiem opłucnej i licznymi ropniami niemal we wszystkich narządach na tle gronkowca złocistego stwierdziliśmy w płucach jedyne około 3 cm długie ognisko ropne w kształcie zawału. Niewątpliwie za przedwstępny okres ropienia należało uważać białawogliniaste, miękkie, nierozpadłe martwicze części, którym odpowiadały podobne nieco wyniosłe ostro odgraniczone miejsca. Mikroskopowo obok zwykłych obrazów ropienia w płucach należy podnieść często stwierdzane, nieraz dość rozległe ogniska martwicze o jeszcze utrzymanej lub zmienionej budowie płuca bez śladu widocznego ropienia. W ogniskach ropnych stwierdzaliśmy zwykle bardzo znaczne nagromadzenie drobnoustrojów. Zgorzel mieliśmy znacznie rzadziej, bo tylko 6 razy (7·7%), nigdy nie była to zgorzel rozlana, lecz ograniczona, i to stale w dolnych płatach.

Bardzo często stwierdzaliśmy wreszcie silny ostry obrzęk płuc, połączony z przekrwieniem. Płaty nim zajęte były ciężkie, plastyczne, a za uciskiem wydobywała się z nich surowicza mętna treść płynna, co najwyżej nieco tylko pienista (zmiana, oznaczana nazwą »infiltration pseudooedemateuse« lub »pneumonia serosa«). Spostrzegano takie zmiany przed laty 30. Pod mikroskopem znajdowała się w świetle pęcherzyków treść, odpowiadająca płynowi surowiczemu i stosunkowo nieliczne nabłonki i ciałka białe.

Czy owe zapalenia płuc w obecnej grypie poza rozejściem

się zupełnem lub zejściem w ropienie mogą przybierać przewlekły charakter, oczywiście obecnie jeszcze nie można powiedzieć. Sądząc z klinicznego przebiegu, zapalenia te mogą się przeciągać. Znaną jest rzeczą, że zapalenia influenzowe mogą przechodzić w przewlekłe z następowemi rozszerzeniami oskrzeli. Tego rodzaju przewlekłe zapalenia mogą klinicznie w wysokim stopniu przypominać gruźlicę płuc, jedynie brak laseczników Kocha może za nią nie przemawiać.

Jednym z ciekawych objawów klinicznych, spostrzeganych u 4 chorych kobiet, był nagły krwotok z płuc, przyczem ilość krwi miała wynosić średnio do pół szklanki. Wszystkie cztery wkrótce zmarły. Sekcyjne badanie u 3 nie wykazało żadnego procesu rozpadowego, tylko w 2 przypadkach ograniczone zapalenie płuc, w trzecim silny obrzęk i przekrwienie, w czwartym zaś odoskrzelowe z przejściem w ropienie. Ponieważ nadto znajdowały się wybroczyny blon śluzowych dróg oddechowych, szczególnie w trzecim przypadku, należało krwotoki te uważać za powstałe per diapedesin, w związku z uszkodzeniem ścian naczyń przez zarazki lub ich toksyny.

W naszym materyale stale stwierdzaliśmy jedno lub obustronne zapalenie opłucnej: na 84 bowiem sekcyi 78 razy (92·8%); nie stwierdziliśmy go tylko 6 razy. W 4 przypadkach były rozległe zrosty opłucne. Zapalenie opłucnej stale towarzyszyło zapaleniu płuc, a tylko 4 razy spostrzegaliśmy świeże zapalenie opłucnej bez zapalenia płuc, 3 razy był ropniak opłucnej, raz zapalenie z wysiękiem surowiczo-włóknikowym krwotocznym. To stałe zapalenie opłucnej spostrzegał obecnie i Lampe, a należy je tłómaczyć w znacznej części tem chętnem usadawianiem się ognisk zapalnych płuca pod opłucną. Co do usadowienia, to i tu głównie pojawiało się ono w częściach przykręgowych. Najczęściej stwierdzaliśmy je na sekcyi po obu stronach. Z ogólnych zmian należy wymienić częste wybroczyny opłucnej, i to głównie na podstawie płuc. Dzieląc według wysięku, spostrzegaliśmy najczęściej zapalenie włóknikowe — 50 razy (64·1%), następnie ropne — 15 (19·2%), wreszcie surowiczo-włóknikowe — 13 (16·6%). Zapalenia włóknikowe cechowały się naogół skąpym włóknikiem, a spostrzegaliśmy je nawet przy obecności licznych podopłucnych ropni; prawdopodobnie w dalszym ciągu byłoby nieraz doszło do ropienia. W każdym razie świadczy to, że w obecnej pandemii może toczyć się już nawet obfite ropienie w płucach bez ropniaka opłucnej. Wysięk surowiczowłóknikowy stale był silnie mętny i niewątpliwie stanowił posredni okres w tworzeniu się wysięku ropnego. Barwa ropnego wysięku była różna od białawego do wybitnie krwawego lub czekoladowego; na ogół wysięki płynne były obfite. Wysięki ropne stwierdzaliśmy i bez ropienia w płucach.

O ile zmiany w narządzie oddechowym są nader charakterystyczną cechą hiszpańskiej grypy, to anatomiczne powikłania ze strony narządu krążenia, w szczególności ze strony serca, należą, jak wskazuje nasz materyał, do zmian rzadkich i nieznacznych. Fakt ten należy, zdaje mi się, tłómaczyć nie tyle jakąś odpornością tego narządu na zakażenie zarazkiem tej grypy, ile raczej szybkością rozwoju i przebiegu choroby, nie pozwalającemi na rozwinięcie się zmian w sercu. Pod tym względem obecna pandemia podobna jest do influenzy z przed lat 30. Zapalenie osierdzia, i to włóknikoworopne, stwierdziliśmy 4 razy (4·7%), a cechowało się stale obfitym wysiękiem. Meyer i Bernhardt widzieli je w 7%, a uważają je jako przejście z opłucnej, co jest najprawdopodobniejsze, gdyż i u nas stale towarzyszył mu ropniak opłucnej. W 2 przypadkach była ropnica z licznymi ropniami w innych narządach. Zapalenie wsierdzia, i to stale pod postacią drobniutkich świeżych brodaweczek, stwierdziliśmy 7 razy (8·3%), z tego 5 razy na zastawkach już dawniej zmienionych. Tu zaznaczę, że 9 razy stwierdziliśmy stare zastawkowe wady serca. W mięśniu sercowym tylko raz były przerzutowe ropnie, jako zmiana w ogólnej ropnicy. Mięsień zwykle nie wykazywał nawet wyraźnego ćmego zwyrodnienia, i to ani makroskopowo, ani mikroskopowo w fizyologicznym roztworze soli. W większych naczyniach w całym dotąd badanym materyale jedyny raz widzieliśmy w dużej gałęzi tętnicy płucnej czysty zakrzep; poza tem nie spostrzegaliśmy zakrzepów żylnych, jak to spostrzegano w r. 1889/90, chyba jedyny raz u chorej z dodatnim odczynem Wassermanna tuż po przebytej grypie, z następową zgorzelą stopy i części goleni.

Kilka słów należy poświęcić śledzionie, co do której wielkości niejednokrotnie zachodziło nieporozumienie między badaniem za życia, a stwierdzeniem sekcyjnem. W znacznej większości przypadków śledziona była niepowiększona, a nawet mała w stosunku do wzrostu danego osobnika. Wielkość śledzion ocenialiśmy z mierzonych podziałką wymiarów. I tak małą śledzionę stwierdziliśmy 16 razy, niepowiększoną 12, razem więc w 33%, t. j. w 1/3 ogółu przypadków; w 24 przypadkach, t. j. 28·5% była śledziona nieco powiększona, wyraźne zaś powiększenie stwierdziliśmy 30 razy (35·7%). Zaznaczyć jednak trzeba, że w ostatniej grupie były śledziony powiększone z powodu zastoju, jak n. p. przy wadach serca, wskutek czego ostatnia liczba ulegnie zmniejszeniu. W jednym przypadku mieliśmy śledzionę z rozlaną skrobiawicą, w innym bardzo dużą śledzionę białaczkową. W każdym razie nie były to takie śledziony, jak spotykane w posocznicy, a raczej najwięcej zbliżone były do śledzion w zapaleniu włóknikowem płuc. Również Meyer i Bernhardt w obecnej pandemii na 28 sekcyi mieli tylko 5 razy wyraźny ostry obrzęk śledziony, na ogół była ona co najwyżej nieco powiększona. (Także i Ciechanowski (3 a) stwierdził znaczny obrzęk tylko kilka razy. Przyp. w korekcie). Małe lub niepowiększone śledziony stwierdzano sekcyjnie, choć nie zawsze, i w poprzedniej pandemicznej influenzy, że wspomnę Kuskowa (14), który na 40 przypadków widział zaledwie w 12 nieznaczne powiększenie, w reszcie przypadków miała być śledziona nawet pomniejszona. Na przekroju zwykle bladowiśniowa, o przekroju gładkim, rzadziej od powiększonych grudek chłonnych nieco grudkowatym i miernie krucha. Mikroskopowo wcale często można było stwierdzić drobne wylewy krwi, poza tem obrazy, spostrzegane w niewybitnych świeżych obrzękach.

Z gruczołów chłonnych jedynie gruczoły okołotchawiczne i okołooskrzelowe okazywały niemal stale ostry stan zapalny, mianowicie były powiększone, czasem nawet do wielkości orzecha włoskiego, szarowiśniowe, miękkie i soczyste, na rozkroju okazywały czasem wybroczyny. W rzadszych przypadkach przekrój ich był białawogliniasty z miąższem rozłażącym się: przedstawiały one wówczas obraz tkanki martwiczej. Mikroskopowo obok bardzo wybitnego przekrwienia, silne bujanie śródbłonków, zapychających wprost nietylko brzeżną zatokę gruczołową, lecz także w głębi gruczołu przestrzenie naokoło grudek chłonnych, które były często bardzo zmniejszone. W wolnych przestrzeniach można było nadto stwierdzić wiotką siatkę włóknika.

Z kolei przechodzę do narządu trawienia: nie wiele o nim jest do powiedzenia. Z górnych odcinków przewodu pokarmowego tylko w jednym przypadku ze znaczniejszym obrzękiem wejścia do krtani znajdowały się w górnym odcinku przełyku zgorzelinowe owrzodzenia, w drugim zaś, u kobiety 23-letniej z obustronnem ropnem zapaleniem płuc i obrzękiem wejścia do krtani, stwierdziłem w całym przełyku aż do wpustu rozległe martwiczodyfteryczne zapalenie. Sprawa na pierwszy rzut oka sprawiała wrażenie otrucia jakiemś żrącem lub silnie drażniącem ciałem. Z nalotów przełyku, ropy płuc, treści oskrzeli, ze śledziony i krwi wyhodowaliśmy gronkowca złocistego. W żołądku i jelitach nie stwierdziliśmy ani razu ostrych zapalnych zmian, spostrzeganych w r. 1889/90, zwłaszcza nie widzieliśmy spostrzeganego wówczas przez Jürgensa zapalenia krwotocznego, często z owrzodzeniami, wiodącemi nawet do zapalenia otrzewnej. Klinicznie natomiast nie tak rzadko spostrzega się obecnie zaburzenia ze strony żołądka, a także i jelit, przypominające nawet czerwonkę. W przypadku nie objętym już omawianym materyałem znajdowało się u mężczyzny 27 letniego z obustronnem grypowem zapaleniem płuc typowe krupowe zapalenie żołądka. Chory w agonii został dostawiony do szpitala. Wątroba okazywała co najwyżej obraz ćmego zwyrodnienia, rzadko zmiany tłuszczowe; pęcherzyk i drogi żółciowe nie były zmienione.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr. Kazimierz W. Majewski)

Przypadek niezwykłego powikłania zakażenia spojówki dwuprątkiem Moraxa-Axenfelda.

Podał

Kazimierz Karelus

stud med. U. J.

W patologii chorób zakaźnych oka staramy się zawsze ustalić związek między działaniem wykrytego chorobo-

twórczego ustroju, a obrazem klinicznym chorób. Jest rzeczą dowiedzioną, że pewnym rodzajom zakażenia spojówki i rogówki odpowiadają dość ściśle określone objawy kliniczne. Jeżeli zatem w obrazie klinicznym jakiejś choroby zakaźnej oka pojawi się objaw zwykle nie spotykany, wtedy szukamy dla jego objaśnienia w pierwszym rzędzie przyczyn ubocznych i dopiero, gdy badając we wszelkich kierunkach nie znajdziemy nic, coby taką niezwykłą zmianę obrazu klinicznego usprawiedliwiało, musimy uznać i taki wyjątkowy objaw za pośredni skutek działania istniejącego w danym przypadku zarazka.

Wystąpienie niezwykłej postaci zapalenia rogówki w przebiegu zapalenia spojówki dwuprątkiem Moraxa-Axenfelda usprawiedliwi ogłoszenie tego przypadku w krótkim zarysie.

Wiadomo, że dwuprątek Moraxa-Axenfelda wywołuje dosyć rozpowszechnioną postać zapalenia spojówki łącznie z zapaleniem brzegów powiek i okolicy kącików. Choroba ta zwykle przebiega dosyć łagodnie, tak że nie zwraca na siebie uwagi chorego i przechodzi łatwo w stan przewlekły. Poszczególne przypadki ostrego przebiegu opisali Tooke, zur Nedden, Duane, Pollock i inni. Obraz kliniczny zapalenia spojówki i brzegów powiek na tle dwuprątków Moraxa-Axenfelda przedstawia się mniej więcej w następujący sposób: Schorzeniu ulegają przeważnie oba oczy. Brzegi powiek mniej lub więcej obrzmiałe, zaczerwienione, a zwłaszcza kąciki zarówno zewnętrzny, jak i wewnętrzny, jakgdyby pozbawione naskórka, spojówka powiek silnie przekrwiona, czasem bywa cokolwiek obrzękła. Mierna nieżytowa wydzielina zbiera się zwłaszcza rano i nie okazuje żadnych cech, dla tej choroby znamiennych. Spojówka gałki jakoteż i rogówka wciągnięte w obraz tej choroby tylko bardzo rzadko, i to w nieznacznym stopniu. Spojówka gałki ogranicza swój udział w schorzeniu do miernego rozszerzenia naczyń powierzchownych w kącikach. Wielką rzadkością są pryszczyki (phlyctenae) w zakażeniu spojówki dwuprątkiem Moraxa-Axenfelda; występują one przeważnie u dzieci zołzowatych. Najmniej, możnaby powiedzieć, dotknięta przy tem zakażeniu bywa rogówka, ale tyczy się to znów tylko przeważnej większości przypadków, zjawiają się bowiem czasem przy zakażeniu oka dwuprątkiem Moraxa-Axenfelda drobne, dobrzeżne, mało znaczące owrzodzenia rogówki, podobne do nieżytowych, naturalnie poza przypadkami zakażeń mieszanych. Dalej dwuprątek Moraxa-Axenfelda może wywoływać czasem wrzodziejące zapalenie rogówki (Gifford), a nawet wrzód rogówki, podobny do wrzodu pełzającego, zjawia się nawet przytem ropa w przedniej komórce (Axenfeld: Bakteriol. i. d. Aughk. i Lewin Güllery: Wirkung v. Arzeneimittel auf d. Auge).

Do wspomnianych powyżej objawów klinicznych schorzenia, wywołanego przez dwuprątki Moraxa Axenfelda, przybywa w przypadku, którego opis poniżej podaję, jeszcze jeden objaw kliniczny, a mianowicie zapalenie miąższowe rogówki w jej najgłębszych warstwach.

Dnia 5. czerwca b. r. zgłosiła się celem leczenia do kliniki chora M. F., lat 53, wieśniaczka z okolic Krakowa. Początek choroby ocznej, jak sobie przypomina, sięga marca b. r. Chora zaprzecza stanowczo, jakoby doznała jakiegokolwiek urazu. Dolegliwości były nieznaczne i nie przeszkadzały w zajęciach. Z tego powodu nie leczyła się chora zupełnie. W ostatnich jednak dniach zauważyła, że wzrok prawego oka pogarsza się szybko i dlatego zgłasza się chora po poradę.

Stan oczu przedstawiał się następująco: Na szerokość 1 cm. od brzegów powiek wyprysk na skórze, obejmujący pierścieniem całą szparę powiekową. W kącikach zaznaczone lekkie przeczosy. Spojówka powiek silnie przekrwiona, nieznacznie obrzękła. Bardzo nieznaczna wydzielina nieżytowa. Prawe oko: Nastrzykanie rzęskowe. Na rogówce od strony skroni tuż przy rąbku maleńki owalny nacieki ubytek. Rogówka w 3/4 częściach od strony skroni lekko matowa i jakby nakłuta, a w głębokich swoich warstwach, prawie na tylnej powierzchni, obłoczkowato zaćmiona. Źrenica miernie szeroka, na światło nie oddziaływa. Lewe oko: Spojówka gałki blada, w środku rogówki widoczne dwie małe plamki okrągłe o średnicy 1—2 mm., poza tem rogówka prawidłowa. Źrenica na światło oddziaływa. Bystrość wzroku wynosiła: na prawem oku: palce na 0.75 m., szkła nie poprawiają; na lewem oku: 6/15; szkła nie poprawiają. Dno oka prawego widoczne zaledwie jako różowawy odblask. Rozpoznanie brzmiało: Keratitis diffusa profunda, ulcusculum marginale corneae oc. dextri, maculae corneae centrales oc. sinistri, blepharoconjunctivitis oc. utriusque.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny, wziętej ze spojówki, jak też i z ubytku na brzegu rogówki (na preparatach tartych, barwionych tioniną i metodą Grama), wykazało w olbrzymich ilościach dwuprątki Moraxa-Axenfelda. Hodowla w Zakładzie bakteryologicznym Prof. Nitscha potwierdziła, że jedynym czynnikiem chorobotwórczym okazał się w tym przypadku dwuprątek Moraxa Axenfelda.

Przeprowadzono następnie szereg badań, by wyłączyć możliwość, że głębokie zapalenie rogówki w tym przypadku jest sprawą chorobową na innem tle, a niezależną od zakażenia worka spojówkowego. I tak badanie narządów wewnętrznych poza miernego stopnia rozedmą płuc i przewlekłym nieżytem oskrzelowym i zmianami mięśnia sercowego na tle miażdżycy ogólnej nie wykryło żadnych innych zmian chorobowych, o które chodziłoby nam w tym przypadku, n. p. gruźlicy. Odczyn Moro wypadł również ujemnie. Mocz prawidłowy.

W ten sposób wyłączyliśmy zatem wszystkie ogólne sprawy chorobowe, w których zapalenie miąższowe rogówki stanowi bardzo często jeden z objawów klinicznych. Urazowe uszkodzenie rogówki wykluczają wywiady. Za jedyną zatem przyczynę głębokiego zapalenia rogówki w tym przypadku zmuszeni jesteśmy przyjąć dwuprątek Moraxa-Axenfelda, jeżeli nie mamy zaliczyć schorzenia do grupy chorób o nieznanej przyczynie. Że słusznie rozpoznaliśmy tu przyczynę chorób rogówki, dostarczył nam wreszcie dowodu wynik leczenia. Wiadomo, że rozczyn siarkanu cynku działa swoiście bakteryobójczo na dwuprątek Moraxa-Axenfelda i na pokrewne mu gatunki. Zastosowano rozczyn siarczanu cynku 2%. Po trzech dniach przeczosy i wyprysk całkowicie ustąpiły. Bystrość wzroku prawego oka podniosła się; chora rozpoznawała już palce na 3 m. Rogówka była jeszcze zaćmiona w głębokich warstwach, ale już tylko na bardzo ograniczonej przestrzeni. Leczenia nie zmieniano. Po dalszych dwóch dniach siła wzroku prawego oka podniosła się na 6/20. Dno oka, zupełnie widoczne, okazało się prawidłowem. Rogówka jeszcze lekko zamglona. Po 10 dniach, licząc od dnia zgłoszenia się chorej, stan obu oczu przedstawiał się następująco: Spojówki prawidłowe. Prawe oko: na środku rogówki lekkie drobne mgiełki powierzchowne, ubytek dobrzeżny na rogówce, pokryty nabłonkiem, poza tem rogówka prawidłowa. Źrenica na światło prawidłowo oddziaływa. Dno oka widoczne, prawidłowe. Bystrość wzroku 6/15. Lewe oko jak przedtem. Przepisano do domu żółtą maść rtęciową.

Krótkość czasu, w jakim nastąpiło wyleczenie tego przypadku przy użyciu rozczynu siarkanu cynku, środka swoistego przeciw dwuprątkowi Moraxa-Axenfelda, potwierdziła »ex juvantibus« nasze pierwotne przypuszczenie, że czynnikiem chorobotwórczym głębokiego zapalenia rogówki był tutaj dwuprątek Moraxa-Axenfelda, bo trudno przypuścić, żeby taka sprawa chorobowa, jeżeli powstała na innem ogólnem tle, mogła w tak krótkim czasie uledz wyleczeniu przy zastosowaniu wyłącznie miejscowego leczenia, polegającego na wkrapianiu 2% rozczynu siarkanu cynku do worka spojówkowego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 30 listopada 1918. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu we Lwowie.

Spostrzeżenia z zakresu anatomii patologicznej i bakteryologii t. zw. hiszpańskiej grypy.

Podał

Prof. dr Witold Nowicki.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem d. 5. X. 1918).

(Dokończenie).

Z narządu moczowopłciowego zwróciliśmy szczególniejszą uwagę na nerki, badając je także systematycznie drobnowidowo. Otóż wcale stałą zmianą było ćme zwyrodnienie, i to przedewszystkiem nabłonków cewek krętych, niejednokrotnie, jak n. p. w ciepłych jeszcze zwłokach, ulegających nawet rozpadowi. Nerki nie były powiększone. Dwa razy stwierdziliśmy ostre zapalenie, z czego raz o charakterze krwotocznym; dwa razy bardzo liczne przerzutowe ropnie, głównie w korze, w obu tych przypadkach była ropnica. Wogóle podnieść należy, że ostre zapalenie nerek w hiszpańskiej grypie należy do rzadkich zmian, natomiast ich zwyrodnienie jest rzeczą zwykłą. W dwóch przypadkach mieliśmy na sekcyi obraz rozpoczynającego się poronienia, mniej więcej w III i VI. m. ks.; w jednym przypadku był przedwczesny poród z nieżywem dzieckiem.

Z układu nerwowego należy wymienić mózg jako narząd, w którym dawniej i obecnie spostrzegano zmiany, mianowicie zapalenie krwotoczne (encephalitis haemorrhagica). W obecnej pandemii spostrzegał je dość często Schmorl, bo w 30% sekcyi. Owe ogniska, składające się z licznych wybroczyn, pojawiają się w substancyi białej oraz szarej zwojów podstawowych, a także w móżdżku i rdzeniu przedłużonym. Według dawniejszych spostrzeżeń Pfuhla i Nauwercka (23) miały być te zmiany wywołane przez zarazki influenzy. Ze względu na chorą służbę sekcyonowaliśmy jedynie 5 mózgów; z wyjątkiem stałego przekrwienia nie stwierdziliśmy innych zmian makroskopowo, ani też drobnowidowo.

Należy tu także wspomnieć o sekcyi kobiety 28-letniej, u której rozpoznawano w przebiegu hiszpańskiej grypy mnogie zapalenie nerwów obwodowych i mózgowych; anatomicznie stwierdzono bardzo ostre zapalenie dróg oddechowych. Nerwy obwodowe makroskopowo nie okazywały zmian, badanie drobnowidowe w toku. Z treści oskrzeli wyhodowano paciorkowca, miąższ śledziony jałowy. Z narządów zmysłowych oko wyjątkowo okazywało powikłania. Przed 30 laty najczęściej stwierdzano zapalenie spojówki lub rzadko głębszych części gałki ocznej, i to jako powikłanie później występujące. Myśmy spostrzegali w jednym przypadku zapalenie ropne całej gałki (panophthalmitis) na tle paciorkowca u 34-letniej chorej z obustronnem odoskrzelowem, już dłuższy czas trwającem zapaleniem płuc.

Widocznych zmian w uchu nie widzieliśmy w żadnym z badanych przypadków; jako charakterystyczne dla grypy mają pojawiać się na bębenku krwawe pęcherze (bullae haemorrhagicae); w obecnej pandemii spostrzegał je Schnuckert. Z innych zmian należy wspomnieć o martwicy Zenkerowskiej w prostych mięśniach brzucha, stwierdzanej, jak wiadomo, w ciężkich zakażeniach, jak durze brzusznym, powrotnym i t. d. Schmorl widział je na 50 przypadków 7 razy, Gruber i Schädel (10) 5 razy, (Ciechanowski na 38 przyp. 3 razy gołem okiem, przyp. w korekcie), myśmy zaś spostrzegali 3 razy, z tego 2 z bardzo rozległymi wylewami krwawymi po obu stronach; drobnowidowo w jednym przypadku był bardzo wybitny rozpad włókien mięsnych. We wszystkich przypadkach były to osobniki między 20. a 25. rokiem życia, w 2 z ciężkiem zakażeniem paciorkowcami, w trzecim — gronkowcem złocistym.

W 2 przypadkach było wysiękowe zapalenie kilku stawów, z czego w jednym przypadku o charakterze wybitnie ropnym z przejściem w ropowicę klatki piersiowej.

Na skórze spostrzegano w dawniejszej influenzy wysypki podobne do odrowej, płoniczej, do pokrzywki, rumienia i t. p., a mają one ze względu na rozpoznanie poważne znaczenie. Co do mnie, to tylko u jednej kobiety spostrzegałem na tułowiu obraz rumienia pokrzywkowego.

Za objaw ciężkiego zakażenia należy uważać żółtaczkę, spostrzeganą w naszym materyale 5 razy (5·9%). W 4 z tych przypadków było rozległe zapalenie płuc, w 2 z nich przechodzące w ropienie, w jednym zaś ropniak opłucnej. W 4 przypadkach stwierdzono bądźto we krwi, bądź w płucach i treści oskrzeli paciorkowca, i to w jednym hemolitycznego, w jednym zaś gronkowca złocistego. Żółtaczkę tę należy uważać za następstwo większego rozpadu czerwonych ciałek, a więc za t. zw. żółtaczkę krwiopochodną (icterus haematogenes). Dawniej spostrzegano ją nader rzadko, Leichtenstern n. p. widział ją tylko raz. W obecnej pandemii wydarza się częściej i naogół cechuje ciężkie przypadki.

Za przypadkowe powikłanie należy uważać wystąpienie odmy podskórnej u 28-letniego mężczyzny z rozległem obustronnem zapaleniem płuc i z ich pęcherzową rozedmą wysokiego stopnia. Odma była następstwem niewątpliwie pęknięcia jednego z dużych pęcherzy i to gdzieś w okolicy wnęki płuca.

Zbierając więc spostrzeżenia, uzyskane z wcale obfitego naszego materyału, musimy podnieść wiek młody zmarłych, dalej przeważnie dobre odżywienie i wyjątkowo obecność zmian gruźliczych. Z samych zmian grypowych na pierwszy plan wysuwa się narząd oddechowy z bardzo ostrem zapaleniem górnych dróg oddechowych, przedewszystkiem dolnej części tchawicy, oskrzeli i oskrzelików z bardzo częstym obrzękiem wejścia do krtani, rzadziej jej owrzodzeniami. Podnieść należy bardzo częste występowanie różnych postaci zapalenia płuc z dążnością do ropienia lub zgorzeli, oraz prawie stałe zapalenie opłucnej. Śledziona zwykle niepowiększona lub nieznacznie i prawie stale wybitny ostry zapalny stan gruczołów okołotchawicznych i okołooskrzelowych. W innych narządach na ogół brak wybitniejszych zmian, w szczególności w narządzie krążenia, trawienia, moczowopłciowym i układzie nerwowym. Jako zmiany, świadczące o ciężkiem zakażeniu należy uważać żółtaczkę i zmiany Zenkerowskie w mięśniach prostych brzucha.

Obrazy anatomopatologiczne, podawane dotąd, coprawda dość dorywczo, w znacznej części ze sobą się zgadzają, natomiast co do etyologii obecnej pandemii zapatrywania nie są zgodne.

Tak, jak swego czasu, przed laty 30, starsi i młodsi bakteryologowie rzucili się do poszukiwania zarazka ówczesnej pandemii, tak i dziś mamy już szereg z pośpiechem ogłoszonych wyników badania materyału sekcyjnego i klinicznego. Otrzymywano wówczas ogólnie znane zarazki, jak dwoinki Fränkel-Weichselbauma, paciorkowce, gronkowce, dwoinki nieżytowe i in.

I obecnie je się otrzymuje, stosunkowo najrzadziej lasecznika influenzy, odkrytego, jak wiadomo, przez Pfeiffera w 2 lata po ówczesnej pandemii influenzy, a więc nie w czasie jej grasowania, tak, że i dziś właściwie nie ma bezwzględnej pewności, czy ten lasecznik był przyczyną tej pandemii.

W krótkości tylko przytoczę wyniki ogłoszonych badań bakteryologicznych nad grypą hiszpańską. Bernhardt (2), w materyale obejmującym 47 przypadków, stale wyhodowywał ze śluzu gardła, z tchawicy, a także śledziony i wątroby diplostreptokoka, i to w znacznej ilości; autor ten zalicza go do grupy pneumo-diplostreptokoka i nazywa go »diplococcus epidemicus«. Mikrob ten rośnie na agarze z płynem z puchliny jamy brzusznej w postaci drobniutkich, jasnych i krągłych kolonii. Następne badania Bernhardta i Meyera, przeprowadzone na 27 zwłokach, doprowadzają ich do wniosku o ścisłym przyczynowym związku między diplostreptokokiem, a grypą hiszpańską. Autorowie ci powołują się przytem na dawniejsze spostrzeżenia autorów (Curschmann (5), Luzatto (19), Seligmann (30), którzy mieli spostrzegać w epidemiach grypy drobnoustroje z grupy pneumokoków lub diplostreptokoków. Często obecność diplostreptokoków stwierdzili w dalszym ciągu Stein i Weissmann (33), a Gruber i Schädel w materyale obejmującym 250 plwocin, jakoteż w pewnej liczbie sekcyjnie badanych płuc, bardzo często mieli również stwierdzać owe diplostreptokoki i to niejednokrotnie hemolityczne. Autorowie ci uważają je jednak tylko za domieszkę do pierwotnego nieznanego zarazka. Inni podnoszą częstą, a nawet, jak Mandelbaum, stałą obecność paciorkowca w klinicznym materyale, jak w plwocinie i wysiękach, niemniej i w sekcyjnym. Mandelbaum (20) w badanym przez siebie sekcyjnym materyale stwierdził 25 razy paciorkowca, a tylko 2 razy gronkowca i raz dwoinkę Fränkel-Weichselbauma, tę dwoinkę nierzadko w towarzystwie paciorkowca. Podobnie Schöppler (29) stale stwierdzał w sekcyjnym materyale paciorkowca, dwa razy gronkowca i raz dwoinkę Fränkel-Weichselbauma. Simmonds identyfikuje obecną pandemię z influenzą z przed laty 30, tylko podnosi częstą domieszkę zakażenia gronkowcem. Co do lasecznika Pfeiffera, to szereg badających, jak Coca i Zupata (34) w Hiszpanii, Kolle (34) (Frankfurt n. M.), Friedmann (8) (Berlin), Lubarsch (Berlin), Mandelbaum (Monachium), Bernhardt (Szczecin), a dalej Brusch, Citron (4) i Selter (31) wcale nie stwierdzali jej w obecnej pandemii, inni, jak Klemperer (13), Schmorl (raz jeden) tylko wyjątkowo. Wspomniani Gruber i Schädel na 250 badanych plwocin wykazali go 14 razy, a zatem w 5·6%, i to 5 razy w czystej hodowli. W przeciwieństwie do wyliczonych inni znajdowali lasecznika influenzy wcale często. Tu należy Pfeiffer (25) (Berlin), Gottschalck (34) (Giessen), Schürmann (Halle), Neisser w materyale Dietricha (6), a także publikacye z Hamburga i Budapesztu podają nierzadkie wykazywanie lasecznika Pfeiftera w obecnej pandemii, niektórzy nawet, jak Bergmann, w wysokim procencie, bo na 10 badanych plwocin stwierdzili go 9 razy. Na pierwszy plan jednak wysuwa się Uhlenhuth (34), któremu przy zastosowaniu zmodyfikowanej pożywki (agaru z hemoglobiną) Lewinthala powiodło się w grupie 51 plwocin wykazać tego lasecznika w 13%, w drugiej zaś, obejmującej 86 od 47 chorych, w 46·8%. Autor ten wyraża nawet pewne zdziwienie, że inni tak odmienne od niego mają wyniki i wyraża przypuszczenie, że jestto może nawet następstwem niedostatecznej znajomości tego zarazka przez młodych lekarzy.

W końcu dodam, że Edelmann (7) miał stwierdzić w większej liczbie przypadków laseczniki, które co do postaci, ruchów i hodowli należało zaliczyć do paratyfusu B. Laseczniki te otrzymywał tak z plwociny, jak krwi, wysięku opłucnej, śledziony, jelit i ze śluzu oskrzeli.

Moje badania dotyczyły 60 przypadków sekcyjnych i materyału klinicznego z oddz. wewn. II tutejszego Szpitala powsz. (prof. Dr Rencki), składającego się z 28 plwocin, 7 wysięków opłucnych i 11 próbek krwi, wziętych z żyły łokciowej chorych. Posługiwałem się obok zwykłych pożywek agarem z krwią ludzką lub króliczą. Najczęściej otrzymywałem paciorkowce, i to stosunkowo często hemolityczne. I tak w materyale sekcyjnym: z treści oskrzeli na 47 próbek 37 razy (78·7%), z nieropnych ognisk zapalenia płuc w 58·6%, z ropnych ognisk płuc w 81%, z wysięków opłucnej w 78%, ze śledziony na 45 w 18 (40%), z krwi wziętej z serca na 41 w 15 (36·5%), z wysięku osierdzia na 4 w 3 (75%).

Również bardzo często stwierdzaliśmy paciorkowca w materyale klinicznym, i to albo niemal w czystej hodowli lub też w znacznej przewadze w porównaniu z innymi drobnoustrojami, a odnosi się to do plwociny. Na 28 plwocin stwierdziliśmy go prawie w czystej hodowli 12 razy, równocześnie z innymi, ale w znacznie przeważającej ilości 9 razy. Wogóle w treści wziętej z oskrzeli i w plwocinie stwierdziliśmy paciorkowca w 65·3%; i tu kilkanaście razy był hemolitycznym. Obok niego stwierdzaliśmy w plwocinie, rzadziej w treści oskrzeli, dwoinkę Fränkel-Weichselbauma, dość często gronkowce i jeden raz dwoinkę nieżytową (micrococcus catarrh.). Należy podnieść, że liczne paciorkowce stwierdzałem w plwocinie już we wczesnym okresie choroby, jak n. p. u służącego zakładowego w drugim dniu choroby, u innych także od 3—5. dnia. Na 22 wysięków opłucnych ze sekcyi lub za życia otrzymanych znajdowały się bardzo liczne paciorkowce w czystej hodowli 19 razy (86·3%). W ropnych wysiękach liczba ich była niezmiernie wielka.

Z badanych 11 krwi chorych z różnych okresów choroby, tylko raz wyhodowaliśmy paciorkowca, i to tylko w kolbie bulionowej, natomiast na płytkach z agarem, z badaną krwią zmieszanych, nie wyrosły owe paciorkowce; ilość ich we krwi chorego musiała być niewielka. Klinicznie przebieg był bardzo ciężki. Tu muszę zaznaczyć, że badania krwi, wziętej za życia, dawały u innych ujemne wyniki, przeciwnie we krwi, branej ze zwłok z serca, w przeszło $^1/_3$ otrzymaliśmy zarazki; podnieść jednak należy, że w znacznej większości były to przypadki z ropieniem w płucach. I tu były często hemolityczne paciorkowce. Również wśród paciorkowców widzieliśmy, szczególnie w plwocinach, diplostreptokoki, rzadziej w materyale sekcyjnym, zaznaczyć jednak muszę, że mieliśmy przypadki, w których w treści oskrzeli stwierdziliśmy je, gdy natomiast ze śledziony wyrosły typowe paciorkowce; nie przywiązywaliśmy też do nich większego znaczenia.

Samą tylko dwoinkę Fränkel-Weichselbauma stwierdziliśmy w płucach i treści oskrzeli raz jeden; poza tem pojawiała się ona razem z innymi drobnoustrojami. W ropie płuc lub wysięku opłucnym nie widzieliśmy jej ani razu. Co do gronkowca, to spostrzegaliśmy w 2 sekcyjnych przypadkach typową ropnicę z bardzo licznymi przerzutami w narządach, także i w wątrobie. Była ona wywołana przez gronkowca złocistego. W przeciwieństwie do niego, nie stwierdziliśmy w żadnym przypadku przerzutowych ropni na tle paciorkowca.

Z kolei przechodzę do lasecznika Pfeiffera. Z plwociny wyhodowaliśmy go i stwierdziliśmy odpowiednie laseczki w rozcieranych preparatach szkiełkowych 6 razy (21·4%), i to przeważnie w pierwszym tygodniu choroby, raz nawet w trzecim. Prawie w czystej hodowli 4 razy, z paciorkowcem 2 razy. W treści oskrzeli stwierdziliśmy go 3 razy — tak więc na 75 próbek treści z oskrzeli i plwocin mieliśmy lasecznika Pfeiffera 9 razy, t. j. w 12%. W innym materyale nigdy nie mogliśmy go wykazać.

Pomijając szczegóły, oto są liczbowe wyniki bakteryologicznego badania. Jakież z nich wnioski co do etyologii obecnie pandemicznie panującej t. zw. grypy hiszpańskiej?

Co do lasecznika influenzy, to na podstawie dotychczasowych wyników badań zarówno materyału klinicznego, jak i anatomicznego, nie można z całą pewnością dać odpowiedzi na przyczynowy związek między nim a obecnie panującą grypą. Uderzająca jest niezgodność wyników badań, przeprowadzonych już przez sporą ilość autorów, między którymi znajdują się bądź co bądź poważne nazwiska. Co prawda lasecznik influenzy łatwo ginie i, o ile w danym materyale jest go mało, może na pożywkach nie wyróść lub wobec nielicznych bardzo delikatnych jego kolonii, a obfitych kolonii innych drobnoustrojów, może być przeoczony. Wiadomo jednak, a także ja sam w czasie wojny miałem sposobność to spostrzegać w grupie rosyjskich jeńców, że w plwocinie lasecznik influenzy pojawia się zwykle w obfitej ilości, tak że już z rozcieranego preparatu z plwociny możemy przypuszczać, z czem mamy do czynienia. Tymczasem podobnie, jak inni, tak i ja często w zupełnie świeżych plwocinach z pierwszych dni choroby, a nawet po 24 godzinach (stale badany przypadek, dotyczący służącego zakładowego) lasecznika tego nie mogłem wykazać. Oczywiście ujemne wyniki badania sekcyjnego mają tu mniejsze znaczenie wobec tego, że mamy tu do czynienia ze zmianami zwykle daleko posuniętemi. Ważnem dla dania odpowiedzi, jaka jest rola lasecznika Pfeiffera w obecnej pandemii, będzie przeprowadzenie wiązania dopełniacza, odczynu Pfeiffera, opsonin, aglutynacyi i t. d. Myśmy wykonali aglutynacyę z surowicą 8 chorych, częściowo ozdrowieńców. Posługiwaliśmy się hodowlami lasecznika influenzy, otrzymanemi od chorych grypowych. W trzech przypadkach otrzymaliśmy 1:100 +, 1:50 + i 1:50±, wszystkie inne dały ujemny wynik. Podobne odczyny, wykonane dotąd przez Uhlenhutha, były, według niego, niedowodzące (nicht beweisend).

Nie przesądzając etyologicznego znaczenia lasecznika Pfeif-

fera w obecnie panującej grypie, nasuwa się przypuszczenie, czy nie mamy tu dołączenia się tego zarazka do pierwotnego zakażenia nieznanym zarazkiem, a więc czy nie mamy tu t. zw. zakażenia mieszanego, zależnego od sporadycznego lub endemicznego pojawiania się jego w różnych miejscowościach.

Co do innych drobnoustrojów, a więc w pierwszym rzędzie tak często wykazywanego paciorkowca, to, zgodnie z innymi, uważam je za zakażenia następowe, mieszane, które, szczególnie co do paciorkowca, znajdują, zdaje się, doskonałe podłoże dla swego rozwoju na tle zakażenia zarazkiem obecnej grypy. Dodać wreszcie należy, że Hirschbruch wyraża przypuszczenie o identyczności obecnej zarazy z płucną zarazą u koni.

Wrotami zakażenia zarazkiem hiszpańskiej grypy są najprawdopodobniej przedewszystkiem górne drogi oddechowe; przemawiają za tem spostrzeżenia tak kliniczne, jak i anatomopatologiczne. Być może, że pierwotnem miejscem wtargnięcia zarazka do tkanki są różne odcinki dróg oddechowych. Co do dróg szerzenia się zakażenia, to, zdaje się, w pewnej liczbie przypadków mają tu znaczenie drogi chłonne. Odpowiedź na to pytanie na podstawie obrazów anatomicznych natrafia na trudności z powodu owych zakażeń mieszanych.

Na pytanie, czy t. zw. hiszpańska grypa jest czemś nowem, należy odpowiedzieć przecząco. Zmiany anatomiczne, a niewątpliwie i objawy kliniczne są zgodne z tem, co stwierdzono w influenzy z przed lat 30; różnica polega na znacznie cięższym przebiegu obecnej grypy, spowodowanym powikłaniami ze strony płuc i opłucnej z dążnością przejścia ich zapaleń w ropienie. Również i wyniki badań bakteryologicznych z przed lat 30 nie wiele się na ogół różnią od dotąd uzyskanych w obecnie panującej grypie.

Piśmiennictwo. 1. Bernhardt. Med. Kl. 28. 1918. — 2. Bergmann. D. m. W. 34. 1918. — 3. Brasch. M. m. W. 30. 1918.— 3 a. Ciechanowski. Przegl. lek. 42. 1918. — 4. Citron. B. kl. W. 33. 1918. — 5. Curschmann. M. m. W. 1909. — 6. Dietrich. M. m. W. 32. 1918. — 7. Edelmann. W. kl. W. 32. 1918. — 8. Friedemann. D. m. W. 28. 1918. — Gruber. Tamże. — 10. Gruber i Schädel. M. m. W. 33. 1918. — 11. Hirschbruch. D. m. W. 34. 1918. — 12. Jürgens. Aerztl. Ges. B. kl. W. 12. 1890. — 13. Klemperer. W. kl. W. 34. 1918. — 14. Kuskow. Virch. A. T. 139. 1895. — 15. Lämpe. Med. Kl. 35. 1918. — 16. Leichtenstern. Influenza. Nothnag. Spez. Path. u. Ther. 1896. — 17. Levinthal. B. kl. W. 30. 1918. — 18. Lubarsch. Ver. aerztl. Ges. Berlin. D. m. W. 33. 1918. — 19. Luzatto. Jb. f. Khk. T. 52. 1900. — 20. Mandelbaum. M. m. W. 30. 1918. — 21. Meyer i Bernhard. B. kl. W. 33. 1918. — 22. Naunyn. D. m. W. 50. 1890. — 23. Nauwerck. D. m. W. 25. 1895. — 24. Oberndorfer. M. m. W. 30. 1918. — 25. Pfeiffer. D. m. W. 28. 1918. — 27. Pfuhl. D. m. W. 29. 1895. — 27. Schmorl. D. m. W. 34. 1918. — 28. Schmuckert. M. m. W. 32. 1918. — 29. Schöppler. M. m. W. 32. 1918. — 30. Seligmann. Zbl. f. B. kl. T. 50. Ref. Beiheft. — 31. Selter. D. m. W. 34. 1918. — 32. Simmonds. M. m. W. 32. 1918. — 33. Stein i Weissmann. W. kl. W. 36. 1918. — 34. Uhlenhuth. Med. Kl. 33. 1918. — 35. Weichselbaum. W. kl. W. 6—10. 1890.

Oceny i sprawozdania.

Z powodu oceny mojej »Medycyny sądowej« przez prof. Dr Sieradzkiego. (Przegl. lek. Nr 43. b. r.).

Jeżeli może wbrew zwyczajowi zabieram głos w sprawie oceny ostatniego mego dzieła, to czynię to naprzód dlatego, aby dać wyraz mej serdecznej podzięki autorowi oceny za słowa uznania dla całej mej dotychczasowej pracy, której przez lat kilka był towarzyszem i świadkiem, nadto zaś, aby zaznaczyć, że z oceną, stającą na wyższem stanowisku — nie bezwzględnej chwalby lub pobieżnego streszczenia — lecz krytycznego sprawozdania, należy się poważnie liczyć i z nią się w równie krytyczny sposób rozprawić.

Niema rzeczy doskonałych, które są dziełem ludzkiej ręki. Jestem też świadom niedostatków mej pracy, podjętej w tym celu, aby praktyczny lekarz-znawca i uczeń znalazł w niej jasno i zwięźle przedstawiony aktualny stan naszej nauki, wolny od balastu zarzuconych teoryi i nieudałych usiłowań. Już to założenie usprawiedliwia pomijanie szczegółów drobnych, nie mających dla niespecyalisty znaczenia, a było ono tem więcej wskazane, że z rozmiarem książki należało się liczyć ze względu na obecną wysoką cenę nakładu, zatem ze względu na dostępność książki. Ten wzgląd rozstrzygnął też o ilości rycin i o sposobie ich wykonania. Jeżeli niektóre z nich, zrobione sposobem kreskowym, nie mają artystycznego zacięcia, to mimo to nie są pośledniejsze od wszystkich rycin, które zawiera podręcznik Thoinota, wydany w Paryżu w r. 1913, a więc przed wojną. Ważnem jest, że książka moja wogóle posiada ryciny ku ułatwieniu zrozumienia swej treści, gdy n. p. podręcznik Krattera z r. 1912, z którym prof. Sieradzki ją porównuje, jest ich zupełnie pozbawiony. Niewątpliwie przydałoby się więcej jeszcze w niej rycin, i to nietylko odnoszących się do najważniejszych roślin trujących, jak sobie życzy prof. Sieradzki. Staraniem mojem będzie wydać w przyszłości, przy pomocy naszego bogatego zbioru zakładowego i moich chętnych współpracowników, atlas sądowo-lekarski (z zastosowaniem ku temu w pełnej mierze barwnej fotografii sposobem Lumièra), oraz wzbogacić liczbę rycin w następnych wydaniach książki. Kiedy już mowa o rycinach, nie mogę pominąć milczeniem jedynego właściwie zarzutu, jaki mi czyni prof. Sieradzki w swej ocenie. Zarzut ten tyczy się ryciny 16. na str. 375, którą podpisałem słowami: »juxtappositio membrorum — wedle Neugebauera«. Prof. S. ma racyę, podnosząc, że rycina ta nie odnosi się do przypadku Neugebauera, czego ja też nie twierdzę bynajmniej, a dopisek mój »wedle Neugebauera« oznacza tylko źródło, z którego rycinę tę przerysowano, w przeciwnym bowiem razie umieściłbym conajmniej w tekście przy omawianiu przypadku Neugebauera odnośnik do ryciny 16. Ryciny z własnego przypadku Neugebauera, sporządzonej w drodze fotograficznej, nie dało się z przyczyn technicznych odtworzyć dla mojego podręcznika ani fotograficznie, ani sposobem kreskowego rysunku. Ponieważ zaś chciałem tę rzadką wadę utworową uzmysłowić czytelnikowi, przeto sięgnąłem do innej, dającej się łatwo odtworzyć ryciny, pomieszczonej również w dziele Neugebauera, a tyczącej się przypadku Columbusa. Rycina ta mieści się zresztą także w podręczniku Strassmanna, tylko w większym rozmiarze. Tyle co do samej ryciny 16. Lecz inna rzecz z twierdzeniem, że o »juxtappositio membrorum« należało mi zaniechać wzmianki, jako o wadzie, »zupełnie nie dowiedzionej, embryologicznie niezrozumiałej i wogóle nieprawdopodobnej«. Twierdzenie powyższe pozostaje w niezgodzie ze spostrzeżeniem światowej powagi na polu obojnactwa, jaką był dotąd Neugebauer, który przypadek swój, tyczący się Dwojry Danziger, przedstawił w r. 1895 w Towarzystwie lekarskiem w Warszawie i w Towarzystwie ginekologów niemieckich, a w opisie tego przypadku (w pracy swej wydanej w Verhandl. d. deut. Ges. f. Gyn. 1895 str. 673 i w dziele swem: Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig 1908, oraz w rozdziale o obojnactwie w Dittricha Handb. d. Sachv.-Tätigkeit, Wien-Leipzig 1916. T. V.), popartym fotograficznemi zdjęciami, zaznaczył stanowczo: »meine obige Beobachtung, die erste autentisch verbürgte... widerlegt ein für alle mal jeden teoretischen Zweifel«. W wyjaśnieniu tego przypadku zaznacza Neugebauer wyraźnie, że o ileby wada ta nie dała się wytłómaczyć »embryologicznie«, to natomiast »teratologicznie« jest ona — najczęściej jako następstwo dipygii — zupełnie zrozumiała. Wreszcie przypadek Neugebauera nie jest unikatem, gdyż znamy ich dotąd siedem. Pomijając 4 pierwsze, jako opisane w dawnych wiekach, znamy jeszcze oprócz przypadku Neugebauera dwa inne, świeżej daty, opisane przez Moostakowa (Teratologia 1895. Nr 3) i przez M. Mayera (Zeitschr. f. Medic.-Beamte 1905. Nr 18). »Juxtappositio membrorum« zatem, jako dowodnie stwierdzona wada, zasługuje na krótką wzmiankę w podręczniku, choćby z tego względu, że do jej poznania przyczynił się zasłużony wielce w nauce nasz rodak, Neugebauer. Pominięcie wzmianki o tej wadzie zasługiwałoby conajmniej na równe wytknięcie, jak pominięcie przezemnie przypadku sodomii, opisanego przez Sołtysika, o który się prof. Sieradzki całkiem słusznie upomniał w swej ocenie.

Oszczędność miejsca i założenie, w myśl którego nie miałem zamiaru napisania wyczerpującego dzieła dla specyalisty, nakazywały pomijać drobne, dla praktyka znawcy zbyteczne szczegóły oraz usiłowania, nie uwieńczone dodatnim wynikiem. Do takich szczegółów należą badania Dungerna i Hirschfelda, pozbawione wszelkiej praktycznej wartości, jak to wynika z uwag moich o znaczeniu izoaglutynin (str. 65), a nawet ze zdania, wyrażonego w ocenie przez prof. Sieradzkiego, dalej pominięte przezemnie rozmyślnie jako bezużyteczny pamięciowy balast liczby Brouardela, tyczące się ciężaru, jakiego potrzebował, aby zacisnąć tchawicę i naczynia szyjne w zwłokach. Liczby te odnoszą się do zwłok, a nie do człowieka żywego, a tylko wtedy miałyby wartość, chociaż i wówczas byłyby w podręczniku zbędne, skoro rzecz samą wyświetlają w jedynie właściwy sposób badania Haberdy i Reinera, o których w pracy mej mowa.

Rzecz o nowych sposobach identyfikacyi osób w celach kryminalistycznych, t. j. o sposobie Bertillona, jest w pracy mej

zupełnie wyczerpana na str. 13., 19. i 20. Jeżeli się recenzentowi to przedstawienie moje wydaje za krótkiem, to chyba dlatego, że nie mówię o technice dokonywania tych pomiarów, a nie mówię o niej dlatego, że nie obchodzi ona zupełnie znawcy lekarza, tylko funkcyonaryusza policyjnego i nie ma z medycyną sądową nic wspólnego, z czem się prof. Sieradzki niewątpliwie zgodzi. Co się tyczy pominięcia przezemnie »praktycznych wskazówek do ocenienia bólu«, to sądzę, że niepodobna ich podać ogólnikowo, t. j. bez przejścia niemal całej patologii ludzkiej, której dokładną znajomość musi przecież posiadać lekarz-znawca niezależnie od swej wiedzy z zakresu medycyny sądowej.

Co do krótkości, z jaką przedstawiłem rzecz o psychozach więziennych, o symulacyi i o alkoholizmie ostrym, to zaznaczę, że przedstawiłem je obszerniej, niż niejeden dobry podręcznik klinicznej psychiatryi (w świetnem dziele Bleulera z r. 1916 rzeczy te zajmują jednę, względnie pół stronicy), aczkolwiek podanie klinicznego obrazu chorób należy — ściśle biorąc — do psychiatryi klinicznej, a nie do psychopatologii sądowej, która znajomość pierwszej presumuje. Z tego samego powodu w medycynie sądowej nie mogłem podawać zasad techniki badania psychiatrycznego nietylko samej inteligencyi, jak tegoby pragnął prof. Sieradzki, albowiem rzecz ta należy do psychiatryi klinicznej. Równem prawem mógłby mnie spotkać zarzut, że pisząc n. p. o zapaleniu płuc lub o złamaniach kości, nie podaję techniki ich badania.

Żadną miarą nie mogę się zgodzić ze zdaniem prof. Sieradzkiego, tyczącem się znaczenia prób życiowych, których przedstawienie w pracy mej wydaje mu się zbyt podniesione. Próby życiowe, jak próba płucna i żołądkowo-jelitowa, są tak zasadniczo ważne, że one właściwie jedynie rozstrzygają o dzieciobójstwie, albowiem dozwalają znawcy odpowiedzieć nietylko na pytanie, czy dziecię urodziło się żywe, lecz także na pytanie, jak długo żyło, czyli, że rozstrzygają dla sądu zasadnicze pytanie, czy w danym przypadku zachodzi dzieciobójstwo, łagodnie karane, czy też morderstwo, zagrożone gardłem. Jeżeli gdzie, to właśnie u nas grzeszą znawcy na punkcie tych prób, wykonując je niedbale lub nie podejmując ich wcale, nie zdają sobie bowiem sprawy z ich doniosłości. Że niestety tak jest, uczy mnie codzienne moje a wieloletnie doświadczenie. Dlatego też muszę powyższe zdanie prof. Sieradzkiego, jako dla praktyki sądowo-lekarskiej u nas niebezpieczne, z szczególnym naciskiem sprostować. Czy rozdział o dzieciobójstwie należało pomieścić po rozdziałach o ciąży i poronieniu, jak sobie życzy prof. Sieradzki, a jak to uczyniłem był w dawnym moim podręczniku, czy też po rozdziale o śmierci gwałtownej, jak w obecnem mojem dziele, rzecz obojętna. Dzieciobójstwo, ściśle biorąc, ma więcej związku ze śmiercią gwałtowną, niż ze sprawą ciąży i dlatego uważałem obecne jego pomieszczenie za właściwsze, zgadzając się w tej mierze z Hofmannem i Strassmannem. Również nie mogę się zgodzić ze zdaniem prof. Sieradzkiego co do znaczenia jakości wypełnienia krwią obu połów serca dla dyagnostyki śmierci z uduszenia, a porażenia serca. Przypisywać mu znaczenie, znaczy wracać do dawnych, a dotąd zakorzenionych błędów, jak n. p. ten, że parę drobnych wybroczyn podopłucnych uważa się za dowód uduszenia. Jeżeli prof. Sieradzki twierdzi, że doświadczenie poucza, iż »w przypadkach śmierci z porażenia serca wskutek zmian w jego mięśniu lewa komora jest szczególnie wiotka«, to mogę, opierając się na mojem doświadczeniu odpowiedzieć, iż w licznych przypadkach notorycznej śmierci z porażenia serca spotykałem — o ile zwłoki były świeże — silne stężenie pośmiertne serca, zwłaszcza lewego. Najsilniejsze stężenie serca, tak dalece, że na poprzecznych przekrojach nie miała komora lewa prawie zupełnie światła, spotkałem raz w sercu o zwyrodniałym tłuszczowo mięśniu, a raz w sercu, którego mięsień był nie już włóknisto, lecz wprost bliznowato zwyrodniały. Preparaty tych przypadków przechowane są w naszych zbiorach.

Z kolei muszę zaznaczyć, że przy badaniu plam krwawych zaleciłem jako odczynnik pirydynę nie za Leersem, lecz za Donoganym, Lecha-Marzo, Dominicisem i t. d., którzy ją pierwsi wprowadzili w użycie, i to z takim wynikiem, że się jej obecnie łącznie z wodnikiem hydrazyny używa powszechnie, nietylko w naszym zakładzie, z najlepszym skutkiem Brak jej w ciągu lat wojny — muszę przyznać — dawał mi się odczuć, tak jest doskonałym odczynnikiem. Jeżeli zaś o woń jej chodzi, to nie wiem, czy nie z przykrzejszemi niema niestety lekarz sądowy codzień do czynienia.

W końcu pozwolę sobie jeszcze dwie uczynić uwagi, aczkolwiek tyczą się one interpretacyi ustępów austryackiej ustawy karnej, która niebawem straci dla nas wszelką aktualną wartość. Utraty wzroku na jednem oku nie można inaczej kwalifikować, jak tylko podciągając ją pod brzmienie § 156 a. austr. u. k., choćby już tylko przez analogię z przepisem § 224 niemieckiej ust. kar., która określa utratę wzroku »na jednem lub obu oczach« jako ciężkie uszkodzenie ciała, równorzędne objętemu § 156 austr. ust. kar. Utraty wzroku na jednem oku, z jaką się znawca spotyka przeważnie w praktyce sądowej, nie oceniałem nigdy inaczej, jak tylko w podany przezemnie, przez Blumenstoka, Hofmanna i t. d. sposób i nie spotkałem się nigdy ze sprzeciwem. Ponieważ zaś Austrya opierała się we wszystkiem na wzorach niemieckich, przeto niewątpliwie musiała w sprawie tej jasna osnowa § 224 niem. ust. kar. oddziaływać na orzeczenia Najwyższego Trybunału sądowego we Wiedniu. Przyznać też muszę, że nie znam w tej mierze »różnych orzeczeń« tego trybunału, o jakich wspomina prof. Sieradzki. Że zresztą utrata wzroku na jednem oku nie jest tak obojętna, jakby się zdawało z teoretycznych obliczeń Szulisławskiego, wynika choćby stąd, że wedle uznania dyrekcyi urzędów ubezpieczenia od wypadków, Beckera i innych autorów ocenia się ubytek zdolności zarobkowej wskutek utraty wzroku na jednem oku u robotnika bez szczególnego uzdolnienia na 20 do 40%.

W sprawie oceny odpowiedzialności karnej za homoseksualne zaspokajanie popędu płciowego stoję na stanowisku, wskazanem przez wyniki nowoczesnych badań tego waryantu popędu płciowego, które dowodzą, że homoseksualny popęd płciowy spotyka się bardzo często u ludzi, nie okazujących żadnych innych znamion zwyrodnienia umysłowego, ani objawów choroby umysłu. Nie można tedy homoseksualnych uważać za umysłowo chorych, a również i za zwyrodniałych. Wobec tego mieliby ulegać karze za to, że się poddają wrodzonemu sobie popędowi, którego tak samo nie mogą opanować względnie stłumić zupełnie, jak ludzie heteroseksualni prawidłowego popędu. Tak więc musiałaby się na tych paryasach natury sprawdzić dewiza: »summum jus summa injuria«. Aby krzywdy tej uniknąć, zaleciłem podciągać czyny ich pod czyny dokonane wskutek »niepokonalnego przymusu«, o jakim mowa w § 2. g. austr. u. k. Nie zaprzeczam, że propozycya moja może podlegać dyskusyi, lecz żadną miarą nie mogę uznać za wystarczający motyw, iż przez »niepokonalny przymus« (prof. Sieradzki zwie go za polonistycznie nietylko w tym ustępie błędnym przekładem austr. u. k., dokonanym przez Rosenblatta, »nieodpornym« — już raczejby go nazwać »nie dającym się odeprzeć«) rozumieją prawnicy tylko przymus zewnętrzny. Ustawa mówi tylko o przymusie, a ten może być zewnętrzny i wewnętrzny czyli psychiczny. Znawcę-lekarza obchodzi w pierwszym rzędzie sama osnowa ustawy, a nie jej komentacye, które mogą być i są nieraz dowolne, a co do zagadnień sądowolekarskich wręcz nieraz błędne, jak n. p. komentacya Herbsta do ostatniego ustępu § 152. austr. u. k. Zresztą mam nadzieję, że szkopuł omawiany tu niebawem odpadnie, gdy przyszły nasz kodeks karny stanie co do problemu poczytalności na stanowisku, podyktowanem przez nowoczesny stan nauk lekarskich.

Odpowiedź moja na ocenę prof. Sieradzkiego wypadła wbrew mej woli nieco dłużej, ale takiej odpowiedzi wymagało rzetelnie podjęte przez prof. Sieradzkiego zadanie krytycznego sprawozdawcy. Idąc za słowami poety: »kto skutecznie działać pragnie, to dłoń uzbraja najlepszem narzędziem«, nie mogłem tej sumiennej oceny pominąć milczeniem, lecz musiałem ją rozpatrzyć przy pomocy najlepszych narzędzi, jakich dostarczają wiedza i doświadczenie. Wachholz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Jenerał-lekarzem podporucznikiem mianowany został Dr Bronisław Malewski.

— Jak słychać, otrzymał doc. Dr Janiszewski z Krakowa wezwanie do objęcia teki zdrowia publicznego w gabinecie Moraczewskiego.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 49. Kraków, 7. grudnia 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

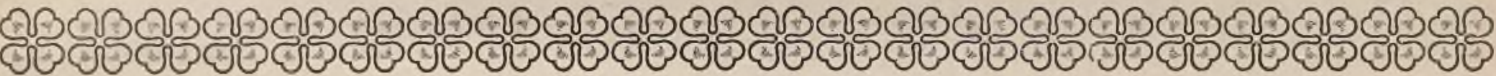
Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

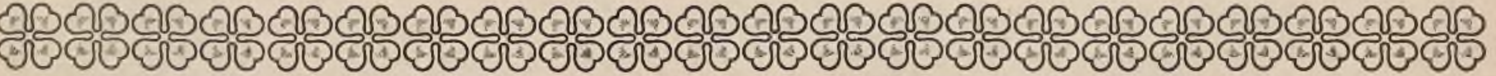
Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.





Rok LVII. Kraków, 7. grudnia 1918 Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego szpitala załogi w Krakowie.

Sprawy zapalne w zatoce przedpęcherzowej (Retziusa), ze szczególnem uwzględnieniem przypadku pierwotnego ropnia tej zatoki, wywołanego przez dwoinkę zapalenia płuc.

podał*)

Dr Tadeusz Pisarski.

kapitan-lekarz, kierownik oddziału.

Zatoka przedpęcherzowa Retziusa była oddawna przedmiotem dokładnych badań i opisów anatomicznych, i to tak ze strony anatomów, jak też i chirurgów. Chirurgów szczególnie obchodziło to miejsce z tego powodu, że sprawy chorobowe, napotykane tutaj, nastręczają trudności co do rozpoznania, wyświetlenia przyczyny choroby, patogenezy i stosunku do otaczających narządów. Ze spraw chorobowych, napotykanych w tej zatoce, najczęstsze są sprawy zapalne i te najwięcej obchodzą klinicystę: inne choroby, jak np. nowotwory, są tutaj bardzo rzadkiem zjawiskiem.

Przez zatokę Retziusa rozumiemy przestrzeń, zawartą pomiędzy przednią ścianą pęcherza moczowego, spojeniem łonowem, ścianą brzuszną i otrzewną. Przestrzeń ta jest wypełniona wiotką tkanką łączną i tkanką tłuszczową, w której znajdują się także gruczoły chłonne. Ta tkanka łączna i tłuszczowa przechodzi w tkankę otaczającą pęcherz, a przez jej pośrednictwo stoi w łączności z wiotką tkan ą łączną pomiędzy powięziami miednicy małej; ku przodowi i górze przechodzi ona w tkankę przedotrzewną, która tworzy cienką warstwę pomiędzy otrzewną a powięzią poprzeczną. Ilość tej tkanki tłuszczowej bywa bardzo rozmaita, lecz zależy także od stopnia odżywienia człowieka; jednakowoż nawet u osób wychudzonych spotyka się pewną ilość tej tkanki tłuszczowej.

Przestrzeń, opisana powyżej, a zamknięta pomiędzy pęcherzem, spojeniem łonowem, ścianą brzuszną i otrzewną, nie stanowi, jak tego dowiodły badania wielu autorów, jednolitej przestrzeni, lecz rozpada się na trzy oddzielne jamy (Honsell): 1) spatium praefasciale s. retromusculare s. submusculare, 2) spatium praevesicale s. cavum Retzii i 3) spatium praeperitoneale. Przez pierwsze rozumiemy przestrzeń, zawartą pomiędzy tylną powierzchnią mięśni prostych a ich torebką, przez drugie przestrzeń pomiędzy tylną blaszką torebki mięśni prostych a przednią ścianą pęcherza, przez trzecie przestrzeń pomiędzy otrzewną z jednej strony, a tylną ścianą torebki mięśni prostych brzucha i górną ścianą pęcherza z drugiej strony. Averseng utrzymuje, że zatoka Retziusa jest przedzielona powięzią na dwie części: 1) przestrzeń pomiędzy przednią ścianą pęcherza, a ścianą brzuszną, wypełniona wiotką tkanką łączną i 2) przestrzeń bezpośrednia naokoło pęcherza, wypełniona wiotką tkanką łączną, wsuniętą pomiędzy pęcherz a otrzewnę. Wstrzykiwania zabarwionej żelatyny miały wedle tego autora dowieść względnej niezależności tych dwu przestrzeni od siebie.

Do anatomicznego zrozumienia spraw chorobowych, toczących się w tych miejscach, przyczynia się poznanie stosunków w torebce mięśni prostych brzucha w dolnej części i stosunek pęcherza do mięśni prostych. Jak wiadomo, jest tylna blaszka torebki mięśni prostych brzucha utworzona z jednej blaszki rozcięgna mięśnia skośnego wewnętrznego i z rozcięgna mięśnia poprzecznego; warstwy te dają się jednak wykazać tylko w górnej części brzucha i sięgają do t. zw. linii półkolistej Douglasa, która leży parę centymetrów pod pępkiem; w tem miejscu kończą się rozcięgna tych mięśni, a brzusiec mięśnia prostego leży bezpośrednio na powięzi poprzecznej. Wytłumaczenie tego stanu rzeczy znajduje Gegenbaur we wczesnych okresach rozwoju. Spostrzegał on mianowicie, że wtedy właśnie w tem miejscu, w którem rozcięgna mięśni brzusznych w tylnej blaszce torebki mięśnia prostego wykazać się już nie dają, leży pęcherz moczowy, który dopiero później schodzi niejako do miednicy małej. To zachowanie się pęcherza jest wedle Gegenbaura powodem ubytku w dolnej części tylnej blaszki torebki mięśni prostych.

Stosownie do tego, co nas anatomia o tej okolicy uczy, spotykamy sprawy zapalne różnie usadowione; znajdujemy je usadowione pomiędzy mięśniami prostymi, a ich torebką, pomiędzy torebką mięśni prostych a pęcherzem, pomiędzy pęcherzem a otrzewną lub też pomiędzy otrzewną a ścianą brzuszną. Czasem są one ściśle do pewnej okolicy ograniczone, a czasem przechodzą na sąsiednie przestrzenie i razem się zlewają.

Dawniejsi autorowie ujmowali sprawy zapalne, napotykane w zatoce Retziusa, w różne systemy, przyjmując za podstawę tych podziałów różne usadowienie się sprawy chorobowej lub też uwzględniając różne czynniki przyczynowe. Dla przykładu przytoczę tylko podział Englischa; dzieli on sprawy zapalne tej zatoki na: 1) samorodne, jeżeli żadnej przyczyny wykazać nie można, 2) urazowe, jeżeli zapalenie zjawia się po urazie w tę okolicę, 3) przerzutowe, w przebiegu chorób zakaźnych n. p. duru brzusznego, lub dysenteryi i wreszcie 4) następowe, jeżeli sprawa zapalna przechodzi na tkanki zatoki Retziusa z sąsiednich narządów, n. p. pęcherza, macicy i t. p. Zależnie od usadowienia się sprawy zapalnej, nadawali też dawniej autorowie tym sprawom różne nazwy, i tak: phlegmone cavi Retzii, epicystitis, paracystitis, extracystitis, lub jeżeli i otrzewna pęcherza brała udział w zapaleniu, pericystitis. Ponieważ atoli wiotka tkanka łączna w zatoce Retziusa stoi w związku z tkanką łączną około pęcherza i sprawy zapalne przechodzą z jednej na drugą, uważa Zuckerkandl a także i inni autorowie za niepotrzebne te różne nazwy, a nazwę »paracystitis« za wystarczającą.

Dzisiaj wiemy, że zapalenie tkanki w zatoce Retziusa bez względu na postać, przebieg i na poprzedzające wpływy szkodliwe, polega zawsze na wtargnięciu chorobotwórczych drobnoustrojów czyli zakażeniu. Zakażenie to może się tam dostawać różną drogą, albo z narządów, otaczających zatokę Retziusa, a poprzednio zapalnie schorzałych, albo też drogą limfy i krwi. Sposobności do zakażenia z sąsiedztwa dają poddostatkiem choroby narządu moczowego, szczególnie pęcherza i cewki, dalej choroby narządu rodnego, szczególnie u kobiet, a wreszcie choroby innych narządów i ścian miednicy. Drogą limfy a przedewszystkiem krwi mogą drobnoustroje zakażać zatokę Retziusa w przebiegu n. p. duru brzusznego, czerwonki, zapalenia wyrostka robaczkowego. Z innych spraw zakaźnych znane są w tem miejscu gruźlica i promienica. Nierzadko daje się wykazać uraz mechaniczny lub inny jakiś wpływ szkodliwy, jako czynnik uspo-

*) Artykuł ten został na żądanie Redakcyi z powodu braku miejsca skrócony.

sabiający. Gdyby w każdym przypadku zapalenia tkanek w zatoce Retziusa przeprowadzano badania bakteryologiczne, okazałoby się z pewnością, że powikłanie to zdarza się w przebiegu najróżniejszych chorób zakaźnych, a dawne pojęcie samorodnego zapalenia musiałoby wnet zniknąć.

W przypadkach t. zw. samorodnego zapalenia zatoki Retziusa w pojęciu Englischa, a które dzisiaj słuszniej nazwaćby można »pierwotnem«, uderzał wielu autorów pewien stały zbiór objawów, cechujący tę chorobę. Leusser (cytowany przez Englischa) rozróżnia dwa okresy: 1) okres objawów ogólnych, cechujący się miejscowym bólem, uczuciem ogólnego niedomagania, brakiem apetytu, nudnościami, wymiotami, zaparciem stolca i 2) okres wyraźnie badalnego guza.

Jak mniej więcej wszyscy autorowie stwierdzili, wysuwają się w pierwszym okresie choroby na pierwszy plan zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego; postać tych zaburzeń może być różna; spostrzegano uporczywe zaparcie stolca lub gwałtowne biegunki, bóle brzucha, parcie na stolec, a nawet objawy zapalenia otrzewnej. Stałym objawem jest ból ponad spojeniem łonowem, który może znacznie wyprzedzać powstanie guza. Charakter i nasilenie bólu bywają bardzo rozmaite. Również stałym objawem, towarzyszącym zapaleniu tkanki w zatoce Retziusa, jest gorączka.

Pojawienie się guza nad spojeniem łonowem jest objawem najważniejszym. Wypuklenie takie występuje czasem prawie równocześnie z bólem, lecz spostrzegano także przypadki, w których dopiero po kilku tygodniach trwania bólu i innych objawów uwidocznił się guz. Wielkość takiego guza waha się w dużych granicach, a największe znane guzy zajmowały przestrzeń od spojenia łonowego do pępka. Najczęściej wypuklenie bywa symetryczne. Przy przejściu sprawy zapalnej na otaczające tkanki kształt guza może być nieregularny. W początkowych okresach stwierdzano zawsze guzy zbite, w późniejszym okresie, gdy naciek ulega zropieniu, pojawia się chełbotanie.

Zaburzenia przy oddawaniu moczu, jak częste lub bolesne moczenie, spostrzegano często, ale nie stale. Opisywano przypadki, w których nigdy podczas całego przebiegu żadnych przypadłości moczowych nie spostrzegano. Częste parcie na mocz starano się wytłomaczyć utrudnieniem kurczenia się ściany pęcherza wskutek obmurowania jej przez naciek zapalny. Mniejsze lub większe nasilenie tych objawów zależy w wysokim stopniu od mniejszego lub większego udziału błony śluzowej pęcherza w sprawie zapalnej. W tych przypadkach, w których zapalenie przechodzi na zatokę Retziusa z błony śluzowej pęcherza, przypadłości moczowe bywają największe; jeżeli zapalenie jest innego pochodzenia, może nie być objawów moczowych lub mogą być tylko nieznaczne objawy. Fuller opisał przypadek, w którym przez pewien czas utrzymywało się mimowolne moczenie. Również i zachowanie się moczu zależy od współudziału błony śluzowej pęcherza; jeżeli błona śluzowa pęcherza nie bierze udziału w zapaleniu, może być skład moczu prawidłowy. Cystoskopem można w pęcherzu znajdować różne obrazy. I tak, jeżeli sprawa zapalna ma za punkt wyjścia błonę śluzową pęcherza, można stwierdzić różne postacie zapalenia błony śluzowej, owrzodzenia, rozpadające się nowotwory, kamienie, ciała obce; w przypadkach z daleka zawleczonego zakażenia może błona śluzowa pęcherza przedstawiać się całkiem prawidłowo; w przypadkach ograniczonych ropni znajdowano także na odpowiadającej części błony śluzowej pęcherza t. zw. obrzęk pęcherzasty (oedema bullosum), czasami znacznych rozmiarów, lub tylko ograniczone nastrzykanie błony śluzowej bez obrzęku. Cystoskopia może zatem pomódz do rozpoznania, rozstrzygającego jednak znaczenia niema.

Ze względu na stosunkową rzadkość pierwotnych ropni w zatoce Retziusa, opiszę przypadek, który w b. r. spostrzegałem na moim oddziale w szpitalu załogi w Krakowie. Przypadek ten jest z tego względu ciekawy, że ropienie wywołała dwoinka zapalenia płuc, której w tem miejscu jeszcze nie opisano, powtórę zaś dlatego, że przypadek ten dowodzi możliwości występowania ropni w zatoce Retziusa, jako sprawy pierwotnej i jedynej.

Wojciech Sk., lat 45, plutonowy 16. p. strzelców. Przeniesiony na oddział urologiczny d. 26/IV. 1918 r. z oddziału chorób wewnętrznych, gdzie od 26 dni pozostawał w leczeniu.

Wywiady: Przed 18 laty przebył operacyę prawostronnej przepukliny pachwinowej. Cięższych chorób zakaźnych nie przebywał, również nie przechodził trypra, ani kiły. Od urodzenia cierpi na zwężenie napletka lżejszego stopnia; napletek co pewien czas obrzęka i ulega zapaleniu. Dnia 25/III. 1918 r. rozpoczęła się obecna choroba lekkimi dreszczami, ogólną niemocą i bólami w dolnej części brzucha, które z dażdym dniem stawały się większe i do dnia dzisiejszego się utrzymują. Równocześnie zauważył chory wypuklenie w dolnej części brzucha, które codzień nieznacznie się powiększało. Na okolicy krzyżowej pojawił się mały czyrak, który został przecięty i po paru dniach się zagoił. Przypadłości moczowych ze strony pęcherza niema, mocz odchodzi prawidłowo i bez bólu. Podczas całego pobytu na oddziale chorób wewnętrznych ciepłota dochodziła wieczorami do 38° C. Chory ma pragnienie, brak apetytu, czuje się ogólnie bardzo osłabiony i w ciągu tych 26 dni choroby miał schudnąć. Stolec regularny.

Stan obecny: Chory wychudzony, powłoki skórne blade, suche, gorące; język lekko obłożony, wilgotny. Ciepłota wieczór 38° C, tętno 100, miarowe, dobrze napięte. W obu szczytach płucnych przytłumienie, zresztą objawy nieżytu oskrzelowego i rozedmy płuc. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Śledziona lekko macalna. W dolnej części brzucha, ponad spojeniem łonowem widać wypuklenie powłok wielkości dużej pięści; wypuklenie to jest najwyższe ponad spojeniem łonowem, ku górze opada i kończy się 4 cm. poniżej pępka. Skóra ponad tym guzem wygląda prawidłowo; w głębi czuć chełbotanie; przy ucisku duża bolesność. Badanie przez odbytnicę stwierdza stosunki prawidłowe, również i cystoskopia nie wykazuje w pęcherzu żadnych zmian. Po opróżnieniu pęcherza przy pomocy cewnika guz się w niczem nie zmienia. Napletek zwężony, bliznowaty, obrzękły, na jego wewnętrznej stronie zaczerwienienie; również i żołądź zaczerwieniona i miejscami pozbawiona naskórka. W okolicy kości krzyżowej mała blizna po nacięciu czyraka. Mocz silnie wysycony, bez białka i w ogóle bez nieprawidłowych składników. Odczyn Widala, wykonany na oddziale chorób wewnętrznych, dał wynik ujemny.

Badanie bakteryologiczne stolca nie wykazuje ani prątków durowych, ani prątków czerwonki. Z krwi również nie udało się wyhodować żadnych bakteryi.

Rozpoznanie: Abscessus praevesicalis. Operacya dn. 30/IV. 1918 r. Uśpienie morfinowo-eterowe. Cięcie w linii środkowej ciała przez całą rozciągłość guza, do spojenia łonowego, długości 15 cm. Pod skórą znaleziono tkankę tłuszczową surowiczo obrzękłą. Zaraz pod tkanką podskórną znaleziono ropień, który zawierał około 200 cm³ ropy, a który wypełniał przestrzeń, leżącą pomiędzy powłokami brzusznemi z jednej strony, a spojeniem łonowem i przednią ścianą pęcherza z drugiej strony. Ropień opróżniono i wysączkowano. Tkanki otaczające ropień były silnie naciekłe i twarde. Badanie bakteryologiczne ropy stwierdziło czystą hodowlę dwoinki zapalenia płuc. Następowe badanie bakteryologiczne mastki napletkowej stwierdziło zwykłą, mieszaną florę, badanie bakteryologiczne materyału, wziętego z migdałków, stwierdziło obok innych drobnoustrojów obecność dwoinki zapalenia płuc.

Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry; ciepłota ciała natychmiast opadła, ogólne objawy podmiotowe po paru dniach ustąpiły. Po trzech tygodniach rana się zagoiła. Przez pewien czas utrzymywało się stwardnienie całej okolicy ropnia, które w krótkim czasie pod wpływem gorących suchych okładów i gorących kąpieli znikło.

Początek choroby i jej początkowy przebieg, jak się z wywiadów okazuje, niczem się nie różnił od obrazu, jaki się napotyka na początku każdej choroby zakaźnej. Przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, spostrzeganych przez wielu autorów w pierwszym okresie choroby, całkiem nie było. Bóle zaś w dolnej części brzucha odczuwał chory nad spojeniem łonowem, a odnosiły się one do tworzącego się tam ropnia. Ogólne wrażenie, jakie chory sprawiał, przemawiało za jakąś ciężką ogólną sprawą zakaźną i dlatego na oddziale chorób wewnętrznych wykonano odczyn Widala i przeprowadzono badanie bakteryologiczne krwi i stolca w kierunku duru i czerwonki.

Po otwarciu ropnia i stwierdzeniu w ropie czystej hodowli dwoinki zapalenia płuc, nasuwało się pytanie, skąd i jaką drogą drobnoustrój ten tam się dostał. W pierwszym rzędzie należało szukać przyczyny w samych drogach moczowych; wyższe drogi moczowe, jak cystoskopia wykazała, były wolne od zakażenia, natomiast były zmiany na napletku i żołędzi w postaci zwężenia napletka, a stanu zapalnego żołędzi. Badanie jednak bakteryologiczne mastki nie wykazało dwoinki Fraenkla, lecz zwykłą florę, w tem miejscu napotykaną. Stąd zatem zakażenie wyjść nie mogło. W pierwszych dniach choroby istniał mały ropień w okolicy krzyżowej, który po nacięciu w parę dni się zagoił; ropa z niego nie była bakteryologicznie zbadana. Wobec znanego faktu, że ropnie takie może wywoływać dwoinka Fraenkla, nasuwało się podejrzenie, czy ropień ten nie był bra-

mą, przez którą drobnoustrój ten dostał się do krążenia, a stąd do zatoki Retziusa. Lecz wywiady wykazały, że ropień powstał już po wybuchu pierwszych objawów choroby.

W dalszem poszukiwaniu za miejscem, przez które mogłoby wtargnąć zakażenie, zbadano treść zeskrobaną z migdałków i gardła i tutaj dało badanie bakteryologiczne wynik dodatni: stwierdzono obecność dwoinki zapalenia płuc. Obecność dwoinki zapalenia płuc w gardle osób zdrowych jest rzeczą znaną i zwykłą; może ona tu żyć jako nieszkodliwy saprofit. Należy przypuścić, że w tym przypadku powstała sposobność przedostania się tego zarazka z błony śluzowej gardła do krwi (może przez skaleczenie błony śluzowej) i tą drogą został on osadzony w tkance zatoki Retziusa, gdzie następnie rozwinął swoją chorobotwórczą działalność.

Pod względem rozpoznawczym nie przedstawiają zazwyczaj te przypadki dużych trudności; ostry początek choroby z dreszczami, ogólnem rozłamaniem, gorączka, dalej ból ponad spojeniem łonowem i występujący tamże guz, z początku twardy, później chełboczący, prawie zawsze pozwalają na pewne rozpoznanie. W różniczkowem jednak rozpoznaniu należy pamiętać o całym szeregu spraw chorobowych, które mogą wchodzić w rachubę. Do spraw tych należą: miejscowe zapalenie otrzewnej z wysiękiem otorbionym, ciąża zewnątrzmaciczna, nowotwory z różnych narządów wychodzące, ropnie prostych mięśni brzucha, dalej torbiele moczownika, zropiałe bąblowce, wreszcie guzy, spowodowane zatrzymaniem moczu; te ostatnie szczególnie często dawały powód do pomyłek rozpoznawczych.

Leczenie tych spraw zapalnych jest takie, jak wogóle wszystkich guzów zapalnych. W początkowym okresie zapalenia, kiedy ból jest duży, a naciek się dopiero tworzy, można stosować zimne, względnie lodowe okłady, w późniejszych okresach, kiedy naciek powstanie, należy zastosować okład ciepły, pod wpływem którego naciek może się wessać. Walko poleca okłady z 50% alkoholu, które mają szczególnie przyspieszać wessanie, a oprócz tego znakomicie łagodzą ból. Jeżeli natomiast nastąpi zropienie, to wskazane jest szerokie otwarcie ropnia.

Piśmiennictwo: 1) Averseng. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. S. 189. — 2) Casper L.: Lehrb. d. Urol. 1903. — 3) Englisch J.: Wiener Klinik 1889. — 4) Eising E. K.: Zeitschr. f. Urol. Bd. 11. S. 445. — 5) Fuller: Zentrbl. f. d. Krankh. d. Harn. Bd. 6. S. 329. — 6) Gegenbaur C.: Anat. d. Menschen. 1895. — 7) Hochenegg J.: Wien. med. Presse. 1887. Nr. 12. — 8) Halban: Monatsber. f. Urol. Bd. 5. S. 362. — 9) Honsell: Monatsber. f. Urol. Bd. 9. S. 312. — 10) Gauthier et Bonnet: Urol. Jahresber. f. d. J. 1910. — 11) Misiewicz M.: Centrbl. f. d. Krankh. d. Harn. Org. Bd. 8. S. 178. — 12) Rothschild A.: Lehrb. d. Urol. 1911. — 13) Walko: Münch. m. W. 1904. Nr. 45. — 14) Zuckerkandl: Handb. d. Urol. 1905.

Z Zakładu medycyny sądowej Uniw. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr Wachholz).

Przypadek zatrucia amoniakiem.

Podał

Dr Jan Olbrycht.

Zatrucia amoniakiem należą do rzadszych. Kobert w swej monografii (Lehrbuch der Intoxicationen 1904) zebrał z literatury światowej tylko 48 przypadków, w krakowskim zaś zakładzie sądowo-lekarskim jest to drugi dopiero przypadek (pierwszy, ogłoszony przez prof. Wachholza w podręczniku medycyny sądowej Schmidtmanna). Ta okoliczność, tudzież bardzo charakterystyczny obraz sekcyjny usprawiedliwiają ogłoszenie tego przypadku.

W dniu 11. września 1911 wykonałem w Zakładzie sądowo lekarskim Uniw. Jagiell. sekcyę policyjno-sanitarną na zwłokach Anieli H., lat 28 liczącej, którą dnia poprzedniego rano znaleziono nieżywą na grobie kochanka. Obok zwłok leżała próżna 100-gramowa flaszeczka bez etykiety, w torebce zaś denatki znaleziono kilka białawych proszków, zawiniętych w zwykły papier, niemających żadnego charakterystycznego zapachu.

Sekcya wykazała, co następuje:

Zwłoki kobiety bardzo dobrej budowy i odżywienia, 154 cm długie. Powłoki skórne i widoczne błony śluzowe uderzająco blade. Plamy pośmiertne skąpe, sinoczerwone, na częściach tylnych zwłok. Stężenie wszędzie utrzymane. Błona dziewicza półksiężycowata z głębokim starym, aż do nasady sięgającym wrębem. Zresztą na ciele zewnętrznie niema nieprawidłowości ani śladów obrażeń.

Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej, sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone. Kości sklepienia symetryczne, od 3·5 do 5 mm grube. Opona twarda z kością niezrośnięta, opony miękkie cienkie, lśniące, w częściach tylnych opony opadowo przekrwione. Mózg budowy i zbitości prawidłowej, w krew zasobny, miernie wilgotny. Komórki boczne próżne, wyściółka wszystkich komórek mózgowych gładka, cienka. Przekroje, przeprowadzone przez korę mózgową, wielkie jądra, móżdżek i rdzeń przedłużony, nie okazują zmian chorobowych makroskopowych ani obrażeń. Naczynia na podstawie mózgu cienkie, zapadnięte. W zatokach żylnych ciemna, płynna krew w obfitej ilości.

Krtań i tchawica »in situ« rozcięte — próżne; ich błona śluzowa żywo-czerwono nastrzykana, rozpulchniona, szklistym śluzem powleczona. Grasica częściowo zachowana; gruczoły limfatyczne na szyi znacznie powiększone, na przekroju różowe, soczyste. Przepona sięga po stronie prawej do 4. żebra, po lewej do 4. międzyżebrza. Jamy opłucne nie zawierają żadnej nieprawidłowej treści. Oba płuca wolne, o opłucnych cienkich, gładkich z nielicznemi wybroczynkami, o miąższu wszędzie powietrznym, na przekroju gładkim, jędrnym, ciemnoczerwonym, wydzielającym za uciskiem obfitą ciecz pienistą, jasną, z domieszką krwi. Błona śluzowa oskrzeli nastrzykana, rozpulchniona, gdzieniegdzie wybroczyna. Naczynia płuc bez zmian. Gruczoły chłonne klatki piersiowej miernie zabarwione węglem. Worek osierdziowy i nasierdzie bez zmian. Serce wielkości i budowy prawidłowej, pośmiertnie stężałe, próżne. Tkanka tłuszczowa podnasierdziowa skąpo rozwinięta. Wszystkie zastawki serca domykalne i podobnie, jak wsierdzie, gładkie, cienkie, lśniące. Otwór owalny zamknięty. Mięsień serca jędrny, prawidłowej grubości i zabarwienia. Tętnica główna i płucna zawierają skąpe ciemne skrzepy; błona wewnętrzna gładka, cienka. Naczynia wieńcowe serca drożne, bez zmian.

Jama brzuszna nie zawiera żadnej nieprawidłowej treści; otrzewna tak ścienna, jak i jelitowa wszędzie cienka, blada, połyskująca. Sieć miernie w tłuszcz zasobna. Ułożenie trzew jamy brzusznej prawidłowe.

Śledziona wielka, 19 cm długości, 12 cm szerokości, 4 cm grubości, o torebce napiętej, na przekroju ciemnowiśniowo zabarwiona, w krew zamożna, lecz twarda, jędrna, z wyraźnemi beleczkami; grudki śledzionowe miernie widoczne. Wątroba prawidłowej wielkości i zbitości, o brzegu przednim ostrym; na przekroju nieliczne, głównie przy powierzchni leżące żółtawe ogniska; zresztą rysunek miąższu zachowany, miąższ czerwonobrunatny, w krew obficie zasobny. Pęcherzyk żółciowy zawiera płynną żółć; drogi żółciowe drożne.

Obie nerki dość wielkie, jędrne, obfitują w krew, budowy prawidłowej, o torebce cienkiej i łatwo schodzącej, o powierzchni gładkiej, o zachowanym rysunku. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy skurczony, próżny, błona jego śluzowa blada. Macica, wielkości dużej pomarańczy, zawiera płód, którego rozmiary odpowiadają końcowi III miesiąca księżycowego ciąży. Ujście zewnętrzne okrągławe bez wrębów. W jajniku lewym prawdziwe ciałko żółte, zresztą przydatki bez zmian.

Wargi bladosine; jama ustna i gardło zawierają nieco pienistej treści; błona śluzowa zaczerwieniona, rozpulchniona. Fałdy nalewkowonagłośniowe i więzadła głosowe bardzo silnie obrzękłe, okazują żywoczerwone nastrzykanie i liczne drobne wybroczynki. Przełyk silnie podłużnie pofałdowany, zresztą bez zmian. Żołądek średnio wzdęty, jego powierzchnia zewnętrzna blada; po otwarciu żołądka dobywa się wybitna woń amoniaku; tejsamej woni jest również i treść półpłynna, szarawa, znajdująca się w żołądku w ilości około 300 gramów, oddziałująca silnie zasadowo. Błona śluzowa żołądka pofałdowana, żółtawobrązowawo zabarwiona; na przedniej i tylnej ścianie żołądka razy krzywiźnie małej jest błona śluzowa szkarłatno-czerwono zabarwiona na przestrzeni dłoni, poza tem wszędzie wybitnie rozpulchniona, obrzękła, rozmiękła, powleczona obfitym szklisto-krwawym śluzem, z nielicznemi wybroczynami; nadżerek niema. Błona podśluzowa i głębsze warstwy żołądka bez zmian. Naczynia wieńcowe żołądka, tudzież naczynia krezki i sieci wypełnione płynną, gęstą, ciemnoczerwono zabarwioną krwią. Podobne zmiany, jak żołądek, okazuje dwunastnica i początkowa część

(do 20 cm) jelita czczego; zaczerwienienie i rozpulchnienie zmniejszają się zwolna ku dołowi, tak, że reszta jelita cienkiego i jelito grube nie okazują żadnych zmian. Trzustka, nadnercza, tarczyca bez zmian makroskopowych.

Kości tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Badanie chemiczne treści żołądkowej, przeprowadzone w pracowni prof. Marchlewskiego, nie wykryło żadnej nieorganicznej trucizny, a zwłaszcza nie wykazało sinku potasu; znalezione przy zwłokach proszki okazały się pudrem ryżowym.

Orzeczenie brzmiało: A. H. znajdowała się w III miesiącu księżycowym ciąży i zmarła w następstwie ostrego zatrucia amoniakiem; nic nie sprzeciwia się przyjęciu samobójstwa w danym przypadku.

Ostre zatrucia amoniakiem zdarzają się jużto jako zatrucia gazem, jużto płynem (najczęściej Liquor ammonii caustici officinalis 10%). Dawka śmiertelna waha się od kilku do kilkudziesięciu gramów płynnego amoniaku; śmiertelność opisanych przypadków wynosi prawie 50%. Zatrucia amoniakiem zdarzają się najczęściej przez przypadek w fabrykach i pracowniach chemicznych, rzadziej przez zamienienie trującego płynu z innym nieszkodliwym lub przez to, że amoniaku zamiast użyć zewnętrznie użyto wewnętrznie, wyjątkowo w przypadkach samobójstwa lub morderstwa.

Działanie po wypiciu amoniaku polega na: a) działaniu żrącem na przewód pokarmowy, b) stanach zapalnych przewodu oddechowego, wywołanych przez dostanie się do dróg oddechowych kropel względnie par amoniaku, c) zapaleniu spojówek ocznych, d) objawach ogólnych.

Stosownie też do tego działania występują bezpośrednio po zażyciu trucizny: silne pieczenie i gwałtowne bóle w jamie ustnej, gardle i żołądku, łącznie z uczuciem trwogi i dusznością. Spojówki silnie nastrzykane, głos słaby, połykanie utrudnione, bolesne; gwałtowny kaszel, skutkiem którego zostają wykaszliwane obfite śluzowe, często krwawe masy; nieustępujący czasem ślinotok. Oddech utrudniony, przyspieszony; tętno ledwie wyczuwalne, bardzo częste; skóra blada, bez czucia. Wkrótce występują nudności, uporczywe wymioty i biegunka. Objawy te mogą coraz bardziej się wzmagać tak, że częstokroć już w kilka minut bądźto w stanie podniecenia psychicznego i wśród drgawek, bądźto wśród bezprzytomności, następuje zejście śmiertelne w następstwie zaburzeń oddychania.

Leczenie polega na wydaleniu względnie zobojętnieniu trucizny. Pompy żołądkowej ze względu na możliwość przedziurawienia można używać tylko oględnie i wyjątkowo; ze środków wymiotnych lepiej nie podawać metalicznych, natomiast wstrzyknąć podskórnie apomorfinę; nadto podawać rozcieńczone kwasy, jak ocet, kwas cytrynowy i t. d. Dalsze leczenie jest objawowem i przy znacznych zaburzeniach oddechowych wymaga częstokroć tracheotomii i sztucznego oddychania.

Wiadomości bieżące.

Prasa lekarska wolnych państw: czeskosłowackiego i jugosłowiańskiego wymieniła pozdrowienia z prasą lekarską w wolnej Polsce.

Pismo »Liječničkiego Vijesnika« z Zagrzebia, przesłane »Przeglądowi lekarskiemu«, jako najstarszemu pismu lekarskiemu w Polsce, brzmi: »Z oduševljenjem uzvraćamo brzojavni pozdrav sjeveroslovenske poljačke braće čestitajuć im takodjer na novostečenoj slobodi. Dr Novković, urednik Liječn. Vijesnika«.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenia w d. 27. XI. i 4. XI., na których wybrano członkiem honorowym kol. prof. Emila Godlewskiego jun., kol. Wachnianin i Radliński przedstawili chorego z ropniem płuca, kol. Radliński chorych chirurgicznych, kol. Glassner chorych ze swego oddziału, kol. Szwarc wygłosił odczyt »W sprawie uregulowania kontroli sanitarnej prostytutek«, a kol. Kostrzewski odczyt p. t. »Własności surowicy krwi u osób szczepionych przeciwko wściekliźnie«.

— Doc. Dr T. Janiszewski uzależnił przyjęcie teki zdrowia publicznego w gabinecie Moraczewskiego od rekonstrukcyi gabinetu na wszechdzielnicowy.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Alfons Krysiński, rodem z Warszawy.

Warszawa. Zmarły niedawno Dr Mikołaj Rejchman zapisał 5000 rb. na nagrody za prace z dziedziny gastrologii, 5000 rb. na nagrody dla lekarzy wojska polskiego, 25.000 rb. na założenie polskiego instytutu badania i zwalczania raka, 25.000 rb. na nagrodę za polonizowanie żydów, 3000 rb. kasie wsparcia wdów po lekarzach, 6000 rb. Towarzystwu naukowemu warszawskiemu. Na kasę wsparcia wdów po lekarzach zapisał ś. p. Dr Tabaczyński 5000 rb.

— Dr Antoni Puławski, ordynator szpitala Dz. Jezus, redaktor »Gazety lekarskiej«, został mianowany naczelnym lekarzem tego szpitala.

— Dyplomy doktorskie z uwolnieniem od egzaminów otrzymali w Uniwersytecie krakowskim Dr Antoni Puławski, Stanisław Kopczyński i Feliks Malinowski.

— Na konkursach Towarzystwa lekarskiego otrzymały nagrody prace Dr Radziwiłłowicza (Psychiatrya sądowa), Dr Sierakowskiego, Erlichówny i Jonschera.

Z różnych stron. Prof. Dr Čačkovic złożył redakcyę »Liječničkiego Vijesnika« w Zagrzebiu; redaktorem został Dr Lazar Novković.

Zmarli: Dr Ludwik Krzyżagórski z Wrześni, Dr M. Teodor Kubacki z Pleszewa w Wielkopolsce, Dr Józef Bogdanik, b. dyrektor szpitala w Białej i b. prymaryusz krakowskiego szpitala św. Łazarza, autor szeregu prac chirurgicznych, w 64 r. ż. w Krakowie, Dr Franciszek Miodoński, lekarz okręgowy w Buczkowicach, w 52 r. ż., Dr Julian Bańkowski w Zakopanem.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. grudnia 1918 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Porządek dzienny: **Wybory Zarządu** na r. 1919.





Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 50. Kraków, 14. grudnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek. krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi** Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).



Rok LVII. Kraków, 14 grudnia 1918 Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi w Krakowie

Badania nad własnościami surowicy krwi osób uodparnianych przeciw wodowstrętowi.

Podał

Dr Józef Kostrzewski.

Istoty odporności przeciw wściekliźnie po dziś dzień dokładnie nie znamy; ale ponieważ odporność jest podstawą, a zarazem i celem wszelkich szczepień zapobiegawczych, więc i szczepienia ochronne przeciw wodowstrętowi pozostają w jak najściślejszym związku ze sprawą odporności przeciw wściekliźnie. Badania niniejsze nad własnościami surowicy krwi osób, uodparnianych przeciw wodowstrętowi, dotyczą własności surowicy wiązania dopełniacza i zdolności surowicy niweczenia zarazka wścieklizny.

I. Wiązanie dopełniacza.

W tym zakresie znajdujemy w piśmiennictwie dość liczne prace nad surowicą krwi zwierząt chorych na wściekliznę, lub zwierząt przeciw wściekliznie uodparnianych. Wyniki doświadczeń różnych badaczy różnią się od siebie; próby jednak wykazywania sposobem odchylenia dopełniacza swoistych ciał dla wścieklizny, zdaniem większości autorów, zawiodły w zupełności. Natomiast w dostępnem nam piśmiennictwie nie znajdujemy wcale badań nad własnościami odchylania dopełniacza surowicy krwi osób, poddanych szczepieniom ochronnym przeciw wodowstrętowi.

Badając krew osób uodpornianych przeciw wściekliźnie, postępowaliśmy w następujący sposób: Wywoływacz sporządzano z rdzenia królików, padłych świeżo na »virus fixe«; odważone 2 gr. rdzenia rozcierano dokładnie w probówce o grubych ścianach, poczem dodawano stopniowo (nie naraz) 10 cm³ roztworu fizyologicznego NaCl i mieszano szklanym pręcikiem aż do uzyskania jednostajnej zawiesiny. Wywoływacz sporządzano jałowo, używając jałowych naczyń i jałowego materyału. Otrzymaną zawiesinę przechowywano w miejscu ciemnem, w ciepłocie pokojowej do dnia następnego (20—22 godzin), poczem wstawiano ją do wirówki na 7—8 minut, przy 2500 obrotach na minutę. Osadu, który powstał po odwirowaniu, nie używano, a zbierano tylko ciecz, znajdującą się nad nim. Ciecz ta, mętna, o wejrzeniu mleka, stanowiła wywoływacz. Wywoływacz sporządzano za każdym razem świeżo, dzień przed nastawianiem próby wiązania dopełniacza, odwirowywano zaś w dniu wykonywania doświadczenia. Tego samego dnia, w którym sporządzano wywoływacz, brano również krew »chorym«, i to zawsze przed południem (obiadem). Próby krwi przechowywano w lodowni do następnego dnia, poczem zbierano ze skrzepów surowice i unieczynniano je przez ½ godziny przy 56° C. Każdą surowicę badano co do własności wiązania dopełniacza w trzech równoznacznych szeregach, a mianowicie: w pierwszym szeregu posługiwano się wywoływaczem nierozcieńczonym, w drugim używano wywoływacza rozcieńczonego 1:2, w trzecim zaś szeregu używano wywoływacza rozcieńczonego 1:6 w rozczynie fizyologicznym NaCl. W każdym z trzech szeregów powyższych używano wywoływacza w dawkach różnych, t. zn. 0·3, 0·2 i 0·1 cm³ — badanej zaś surowicy używano zawsze w ilości 0·2 cm³. Przy nastawianiu próby wiązania dopełniacza sprawdzano zawsze zachowanie się wywoływacza w dawkach 0·3 i 0·6 cm³, zarówno wobec krwinek jakoteż układu hemolitycznego; przytem stwierdzano za każdym razem, że wywoływacz nie uszkadza ani krwinek, ani układu hemolitycznego. Dwuchwytnika używano zawsze w pięćkroć większej dawce od ilości, potrzebnej do wywołania całkowitej hemolizy, dopełniacza zaś używano dawki pojedynczej (wymiareczkowanej przy pojedynczej dawce dwuchwytnika, 1 cm³ 5% zawiesiny krwinek barana i przy ½ godzinnem staniu przy 37° C.). Ogólna ilość cieczy w doświadczeniach wynosiła 3 cm³. Przed dodaniem układu hemolitycznego wstawiano zmieszane: wywoływacz, surowicę i dopełniacz na 1 godzinę do cieplarki (37° C.). Wynik doświadczenia odczytywano po raz pierwszy, skoro wszystkie kontrole shemolizowały, po raz drugi następnego dnia.

Ogółem zbadano krew 59 osób; z tego krew 8 pokąsanych badano w czasie przeprowadzania szczepień i po ich ukończeniu; z pozostałych 51 surowic, zbadano 8 krwi tylko jednorazowo, a mianowicie przed rozpoczętem uodparnianiem. Z wyjątkiem wymienionych ośmiu surowic badano krew jednego i tegosamego pokąsanego 2, 3 i więcej razy, w różnych odstępach czasu, t. zn. przed, podczas i po szczepieniu. Przy braniu krwi osób, które skończono uodparniać, nie trzymano się ściśle określonego dnia, ale próby krwi pobrano: w ostatnim dniu szczepienia w 56%, w dwa dni w 13·7%, w trzy dni w 15%, a w 4—10 dni po skończonem szczepieniu w 15·2% badanych przypadków. Z 59 pokąsanych, było 31 uodparnianych sposobem Pasteura, a 28 szczepionych sposobem Högyesa. Osobom, uodparnianym sposobem Pasteura, wstrzykiwano raz dziennie, względnie czasami dwa razy dziennie 2 cm³ 20% zawiesiny rdzenia trzy-, dwu- i jednodniowego; zależnie od okoliczności, jakie przedstawiał zgłaszający się do szczepienia, stosowano takich wstrzyknięć 21—40. Sposób Högyesa stosowano dwadzieścia razy w postaci słabszej, a osiem razy w postaci silniejszej.

Badania nad własnościami surowicy krwi wiązania dopełniacza dały następujące wyniki: a) 16 surowic było ujemnych przed i po szczepieniu; z tego: 1 surowica osoby, szczepionej sposobem Pasteura, 15 surowic osób, szczepionych sposobem Högyesa; b) 15 surowic było przed szczepieniem ujemnych, a po szczepieniu dodatnich; z tego 13 surowic osób szczepionych sposobem Pasteura, 2 surowice osób szczepionych sposobem Högyesa; c) 12 surowic było przed i po szczepieniu dodatnich; z tego 3 surowice po sposobie Pasteura, 9 surowic po sposobie Högyesa; d) 3 surowice były przed szczepieniem dodatnie, a po szczepieniu ich nie badano; c) 5 surowic było przed szczepieniem ujemnych, a po szczepieniu ich nie badano; 7) wreszcie 8 wyżej wymienionych surowic, które w czasie szczepienia i po szczepieniu były dodatnie, a przed szczepieniem ich nie badano, z tych surowic 6 surowic po sposobie Pasteura, 2 surowice po sposobie Högyesa.

Ze szczegółów omówionych pod a) i b) wynika: Na 14 osób, uodparnianych sposobem Pasteura, wystąpiły u 13 z nich w surowicy krwi własności wiązania dopełniacza, natomiast na 17 osób, szczepionych sposobem Högyesa, tylko u 2 surowica krwi nabyła powyższych własności. Pod c) i d) wymienione surowice dowodzą, że w 29·4% badanych krwi, osób nieuodparnianych przeciw wodowstrętowi, znaleziono własności wiązania dopełniacza; ale co do siły wiązania dopełniacza zachodzi mię-

dzy surowicami osób nieuodparnianych wielka różnica. Surowice krwi osób nieszczepionych oddziaływają tylko w pierwszym szeregu, t. zn. z nierozcieńczonym wywoływaczem, natomiast surowice, dodatnie w następstwie przeprowadzonego szczepienia sposobem Pasteura, oddziaływają bardzo silnie +++ nietylko w pierwszym szeregu, ale także z wywoływaczem rozcieńczonym 1:3 (57·7%) i z wywoływaczem 1:5 rozcieńczonym (31·5%) w rozczynie fizyologicznym NaCl. Na cztery dodatnie surowice po szczepieniu sposobem Högyesa, jedna surowica wiąże dopełniacz ++ z wywoływaczem 1/3 rozcieńczonym, — natomiast żadna z nich nie oddziaływa z rozcieńczeniem 1:5 wywoływacza.

Wszystkie 59 surowic badano równocześnie co do odczynu Wassermanna. Na 38 surowic dodatnich na wywoływacz z rdzenia królika, odczyn Wassermanna był z jednym wywoływaczem (»stary«) w 44·7%, a z drugim wywoływaczem (Nr 8) w 16%, silnie dodatni. Na 21 surowic ujemnych z wywoływaczem z rdzenia, wypadł odczyn Wassermanna dodatnio z wywoływaczem »starym« w 19%, z wywoływaczem Nr 8 w 4% przypadków. Wywoływacz »stary« był wyciągiem wyskokowym z serca świnki morskiej z dodatkiem cholestearyny; oba wywoływacze były w użyciu od szeregu miesięcy, oba dawały zgodne wyniki w przypadkach kiły klinicznie rozpoznawanej, natomiast w przypadkach kiły utajonej wywoływacz »stary« nierównie częściej dawał wynik dodatni, niż wywoływacz Nr 8. Nie możemy jednak wysnuwać żadnych wniosków z tego, że dodatni odczyn Wassermanna spotykaliśmy częściej pomiędzy surowicami dodatniemi na wywoływacz z rdzenia, niż między surowicami ujemnemi na tenże wywoływacz, a to dlatego, ponieważ osób, od których krew pochodziła, ani nie badano, ani nie pytano w kierunku kiły. Musimy jednak podnieść, że nie ma najmniejszego związku między siłą oddziaływania dodatniego na wywoływacz z rdzenia królika, a dodatniem względnie ujemnem oddziaływaniem danej surowicy w odczynie Wassermanna. Badaliśmy jeszcze zachowanie się surowic pewnie kiłowych wobec wywoływacza z rdzenia królika; na 10 surowic kiłowych, oddziaływały z nich trzy, dodatnio w pierwszym szeregu, t. zn. z nierozcieńczonym rdzeniem.

Jak długo surowica zachowuje nabytą własność wiązania dopełniacza w obecności wywoływacza z rdzenia, nie mamy wielkiego doświadczenia, bo w tym kierunku zbadaliśmy tylko 4 surowice. Dwie surowice badano w 48—51 dni po skończonem szczepieniu; ze swego miana, które wynosiło tuż po szczepieniu ++ z rozcieńczonym 1:3 wywoływaczem, nic nie straciły. Przed szczepieniem surowic tych nie badano, ale na podstawie tego, że oddziaływają jeszcze z wywoływaczem, 1:3 rozcieńczonym, śmiemy sądzić, że przed szczepieniem nie wiązały dopełniacza. Inne dwie surowice, które w 4—8 dni po skończonem szczepieniu dają +++ z rozcieńczeniem wywoływacza 1:5, badane w 42 dni później, dają + względnie ++ tylko z nierozcieńczonym wywoływaczem; po nowych 30 wstrzyknięciach (z powodu ciężkich pokąsań szczepiono te osoby po raz wtóry) surowice znowu silnie wiążą dopełniacz, bo osiągnęły miano, które okazywały po pierwszem szczepieniu.

Streszczamy wyniki naszych badań nad własnościami surowicy krwi wiązania dopełniacza:

1) Surowice krwi osób, które przebyły szczepienia ochronne przeciw wodowstrętowi sposobem Pasteura, mają własność wiązania dopełniacza, której to własności przed szczepieniem nie posiadały.

2) Szczepienia sposobem Pasteura podniecają o wiele energiczniej ustrój do wytwarzania niweczników, niż szczepienia sposobem Högyesa. Rzecz łatwo zrozumiała, bo sposobem Pasteura wprowadza się do ustroju o wiele więcej rdzenia, niż sposobem Högyesa, (przytem nie uwzględniamy jednak czasu trwania jednego i drugiego rodzaju uodparniania).

3) Własności wiązania dopełniacza stwierdzaliśmy w surowicy krwi człowieka bezpośrednio, lub w najbliższych dniach po skończonem szczepieniu ochronnem przeciw wodowstrętowi.

II. Własności surowicy krwi niweczenia zarazka wścieklizny.

Prawidłowa surowica człowieka i zwierząt ssących zarazka wścieklizny nie zabija. Tej swoistej własności nabiera krew w następstwie uodparniania ustroju zarazkiem wścieklizny. Badania w tym względzie zawdzięczamy Krausowi i Kreislowi. Osoby, których surowice w tym kierunku badali, szczepili oni uprzednio przez 14 dni, wstrzykując im podskórnie codziennie zawiesinę 8+7, 6, 5, 5, 4, 3, 3, 5, 5, 4, 4, 3, 3 i 2-dniowego rdzenia, przyczem na jedno wstrzyknięcie wychodziło 1/2 cm rdzenia w 3 cm³ rozczynu fizyologicznego NaCl. Na podstawie swych badań doszli Kraus i Kreisl m. i. do następujących wniosków: »(III) Surowica człowieka tuż po skończonem uodparnianiu przeciw wodowstrętowi nie ma własności niszczenia zarazka wścieklizny«. »(IV) W 22 dni po skończonem szczepieniu można w surowicy człowieka wykazać własności niszczenia zarazka wścieklizny; własności te jednak w surowicy różnych osób występują w niejednakowem nasileniu«. »(V) Ciała zabijające zarazek wścieklizny można wykazać jeszcze dłuższy czas po ukończeniu szczepień ochronnych«. W naszych doświadczeniach postępowaliśmy w sposób następujący: Z mozgu świeżo padłego na »virus fixe« królika odważano 1 gr substancyi i w probówce, nadającej się do wirówki, rozcierano mózg, dodając stopniowo 9 cm³ rozczynu fizyologicznego NaCl, na bardzo delikatną i zupełnie jednostajną zawiesinę. Zawiesinę tę wirowano przez 7—8 minut, przy 2 500 obrotach na minutę, poczem zbierano z ponad osadu ciecz mętną o wejrzeniu mleka. Równocześnie brano krew osób, na ten dzień przeznaczonych do badania; po skrzepnięciu krwi zbierano z niej surowicę. Surowicę i zebraną po odwirowaniu ciecz mieszano ze sobą w stosunku: a) 0·5 cm³ surowicy + 1 cm³ 1/10 rozcieńczonej cieczy mlecznej (zawiesina mózgu 1:100), co określamy nazwą »mieszanka surowicy-zarazka A«; b) 2 cm³ surowicy + 0·5 cm³ odwirowanej mlecznej cieczy (zawiesina mózgu 1:10) = »mieszanka surowicy-zarazka B«. Obie mieszanki, chronione przed światłem dziennem, przechowywano do następnego dnia w ciepłocie pokojowej. Po 24 godzin trwającem działaniu surowicy i zarazka na siebie, wstrzykiwano królikom podoponowo 0·2—0·3 cm³ tej mieszanki; szczepiono zaś zawsze po dwa króliki »mieszanką surowicy-zarazka A« i po dwa króliki »mieszanką surowicy-zarazka B« każdej badanej próby krwi. Zwierzęta, które przetrzymały zakażenie, obserwowano przez 90 dni. W ten sposób zbadano surowicę krwi sześciu osób; z tego surowicę dwu osób zbadano dwukrotnie, innych dwu trzykrotnie. Co do sposobu przeprowadzania szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi u osób, których krew była przedmiotem naszych badań, była mowa powyżej, z okazyi opisu doświadczeń nad wiązaniem dopełniacza. Zwierzęta szczepiono:

A. 26. I. 1918.

1) J. B., krew badano w 52 dni po skończonem szczepieniu; złożyło się na nie 30 wstrzyknięć III, II i I-dniowego rdzenia w przeciągu 34 dni. W czasie uodparniania wystąpiły u szczepionego ciężkie objawy poraźne, jakie zdarzają się czasami u szczepionych sposobem Pasteura. W dniu brania krwi objawy poraźne, aczkolwiek lżejsze, były jednak jeszcze bardzo wyraźne. Własności surowicy wiązania dopełniacza, badane 48 dni po skończeniu szczepienia, omówiono powyżej. Doświadczenie na zwierzętach: trzy króliki padły na wściekliznę w ciągu 7—9 dni; jeden królik »m. s. z. A« po 90 dniach zdrowy.

2) A. P., surowica badana po raz pierwszy. Krew pobrano w 8 dni po skończonem uodparnianiu; trwało ono 34 dni, a zastosowano 40 wstrzyknięć III, II i I-dniowego rdzenia. Wynik doświadczenia na zwierzętach: trzy króliki padły na wściekliznę po 8—11 dniach, jeden królik »m. s. z. A« po 90 dniach zdrowy.

3) M. O., surowica badana po raz pierwszy w 12 dni po skończonem szczepieniu; w ciągu 30 dni zastosowano 36 wstrzyknięć III, II i I-dniowgo rdzenia. Wynik doświadczenia na zwierzętach: jeden królik »m. s. z. A« pada wśród objawów chery po 63 dniach; szczepienie z mózgu z niego wścieklizny nie wykazało; inne trzy króliki po 90 dniach zdrowe.

4) M. K., nie szczepiony. Doświadczenie na zwierzętach: wszystkie cztery króliki padły na wściekliznę w ciągu 7—8 dni.

Zwierzęta kontrolne: Jeden królik szczepiony zarazkiem 1/200, dwa króliki szczepione zarazkiem 1/500 rozcieńczonym, padły na wściekliznę po 8—10 dniach; jeden królik szczepiony zarazkiem 1/1000 rozcieńczonym, po 90 dniach zdrowy; (zarazek = odwirowana ciecz używana do sporządzania mieszanki surowica-zarazek).

B. 2. III. 1918.

2. a) A. P., surowica badana po raz drugi, a mianowicie w 43 dni po skończonem szczepieniu. Doświadczenie na zwierzętach: Jeden królik pada na wściekliznę po 45 dniach »m. s. z. B«, drugi królik pada na wściekliznę po 45 dniach »m. s. z. A«, — pozostałe dwa króliki po 90 dniach zdrowe.

3. a) M. O., surowicę badano po raz drugi w 47 dni po skończonem szczepieniu. Doświadczenie na zwierzętach: dwa króliki, »m. s. z. B« padły na wściekliznę po 7—10 dniach; trzeci królik pada po 46 dniach na zapalenie płuc, a czwarty »m. s. z. A« po 90 dniach jest zdrowy.

5) S. S., przed szczepieniem. Doświadczenie na zwierzętach;

jeden królik padł w 24 godzin po szczepieniu skutkiem naruszenia mózgu świdrem przy operacyi; trzy króliki padają na wściekliznę w ciągu 7—8 dni.

6) M. J., przed szczepieniem. Doświadczenie na zwierzętach: wszystkie cztery szczepione króliki padły na wściekliznę w ciągu 6—7 dni.

Zwierzęta kontrolne: jeden królik szczepiony zarazkiem $^1/_{200}$, dwa króliki szczepione zarazkiem $^1/_{500}$, a dwa zarazkiem $^1/_{1000}$ rozcieńczonym, padają na wściekliznę w ciągu 7—8 dni; wyższych rozcieńczeń zarazka nie badano.

C. 30. III. 1918.

2. 6) A. P., surowica badana po raz trzeci, a mianowicie w 7 dni po powtórnie przeprowadzonem szczepieniu; składało się ono z 30 wstrzyknięć III, II i I-dniowego rdzenia, a trwało 18 dni. Doświadczenie na zwierzętach: dwa króliki »m. s. z. B« padły na wściekliznę po 9—10 dniach, dwa króliki »m. s. z. A« po 90 dniach zdrowe.

3, b) M. O., surowica badana po raz trzeci; krew wzięto do badania w 7 dni po skończonem powtórnem szczepieniu; 30 wstrzyknięć III, II i I-dniowego rdzenia zastosowano w ciągu 18 dni. Doświadczenia na zwierzętach: trzy króliki padły na wściekliznę po 9—10 dniach; jeden królik »m. s. z. B« po 90 dniach jest zdrowy.

5. a) S. S., surowica badana po raz drugi, a mianowicie w 7 dni po skończonem szczepieniu; w ciągu 27 dni zastosowano 27 wstrzyknięć III, II i I-dniowego rdzenia. Doświadczenie na zwierzętach: jeden królik »m. s. z. A« padł na wściekliznę po 10 dniach — pozostałe trzy króliki po 90 dniach są zdrowe.

6. a) M. J., surowica badana po raz wtóry, t. zn. w 7 dni po skończonem szczepieniu; zastosowano 27 wstrzyknięć III, II i I-dniowego rdzenia w ciągu 27 dni. Doświadczenie na zwierzętach: jeden królik »m. s. z. B« padł na wściekliznę po 10 dniach, pozostałe 3 króliki po 90 dniach zdrowe.

Zwierzęta kontrolne: po dwa króliki, szczepione rozcieńczeniem zarazka $^1/_{500}$, $^1/_{1000}$ i $^1/_{1500}$ padają na wściekliznę po 8—10 dniach. Wyjątek stanowi jeden z królików, szczepionych rozcieńczeniem zarazka $^1/_{1000}$; przy wierceniu otworu w czaszce, w celu zastrzykiwania podoponowego, królik ten bardzo silnie krwawił. Widocznie krew wypłukała wstrzyknięty zarazek i królik zakażeniu nie uległ. Wyższych rozcieńczeń zarazka nie badano.

Wszystkie surowice, które badano co do zdolności niweczenia zazazka wścieklizny, badano także co do własności wiązania dopełniacza. Wszystkie te surowice po przeprowadzonem szczepieniu ochronnem wiązały dopełniacz bardzo silnie +++ z wywoływaczem rozcieńczonym $^1/_2$. Wyjątek stanowi surowica J. B., która wiązała dopełniacz miernie silnie ++ w szeregu drugim, t. zn. z wywoływaczem rozcieńczonym $^1/_3$. Przed szczepieniem tylko surowica M. J. okazywała słabe własności wiązania dopełniacza z nierozcieńczonym wywoływaczem, inne surowice oddziaływały ujemnie. Surowice A. P. i M. O. przed powtórnem badaniem ich w doświadczeniu na zwierzętach, wiązały dopełniacz + względnie ++ z nierozcieńczonym wywoływaczem.

Tak się przedstawiają doświadczenia na zwierzętach; podnosimy ze szczególnym naciskiem, że na ich podstawie wykazaliśmy ciała niweczące zarazek wścieklizny w surowicy człowieka, w 7 dni po ukończeniu szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi.

Omówienie wyników badań.

Na samym początku niniejszej rozprawy zaznaczono, że mechanizmu odporności przeciw wodowstrętowi dotychczas dokładnie nie znamy. Niewiadomo bowiem, czy odporność polega na obecności ciał ochronnych w surowicy krwi, albo czy odporność jest przyrody tkankowej (histogen), albo czy należy się liczyć tutaj z jednym i drugim rodzajem odporności?, a w takim razie miałyby z początku po przeprowadzonem uodparnianiu występować w surowicy krwi ciała ochronne, t. zn. zabijające zarazek wścieklizny, ale tylko czasowo, przemijająco, — potem zaś miałaby powstawać odporność tkankowa; pod tym względem są zdania podzielone.

Ogólnie przyjęto zapatrywanie, że odporność przeciw wściekliznie występuje dopiero w początku trzeciego tygodnia, licząc od dnia ukończenia uodparniania. Fakt ten, stwierdzony w doświadczeniach na zwierzętach, przeniesiono też na człowieka. Skutkiem tego stało się regułą, której się trzymają wszystkie zakłady Pasteurowskie, że tylko te przypadki śmierci z wodowstrętu uważa się za bezskuteczne wyniki szczepień zapobiegawczych, w których wścieklizna wystąpiła najwcześniej w 15. dniu po skończonem szczepieniu. Tylko Nitsch w swych pracach pod tytułem: »Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie« nie zgadza się z takiem obliczaniem statystyk; zdaniem jego »tylko te przypadki należy uważać za stracone, w których choroba wystąpiła najpóźniej 10 dni od chwili rozpoczęcia szczepienia« (Centrbl. f. Bakt. O. 43. Pag. 277); przy tem powołuje się Nitsch na niektóre doświadczenia Pasteura i Bardacha, które za tem przemawiają. Ale Heller i Tomarkin w doświadczeniach swych nad wiązaniem dopełniacza, — stosownie do ogólnie przyjętego zapatrywania co do okresu występowania odporności przeciw wściekliźnie, — badali krew dopiero w dwa tygodnie po skończonem uodparnianiu zwierząt. Kraus i Kreisl znowu znaleźli ciała niweczące zarazek wścieklizny we krwi człowieka nie zaraz, ale dopiero w 22 dni po ukończeniu szczepień ochronnych.

Nasze badania natomiast wykazują w surowicy krwi człowieka: 1) własności wiązania dopełniacza — zaraz, 2) własności zabijania zarazka wścieklizny — w 7 dni po skończonem uodparnianiu (przed siódmym dniem nie badano). Takie wyniki naszych doświadczeń sprzeciwiają się w zupełności dotychczasowym zapatrywaniom co do okresu występowania niweczników przeciw wściekliźnie. Przyczynę tego widzimy w sposobie naszego postępowania przy szczepieniu ochronnem przeciw wodowstrętowi; szepiliśmy bardzo energicznie i mało suszonym, bo III, II i I-dniowym rdzeniem. Jest zaś rzeczą ogólnie znaną, że najsilniej uodparnia się wtedy, kiedy się szczepi materyałem jadowitym; wobec tego więc i przy wściekliźnie należy się liczyć z tem silniejszą i tem rychlej występującą odpornością, im więcej i im świeższy t. zn. jadowitszy rdzeń się wstrzykuje.

Co się tyczy szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi, możemy z naszych badań wysnuć następujące wnioski:

1) Doświadczenia z wiązaniem dopełniacza uczą: Szczepienia sposobem Pasteura powodują o wiele energiczniej powstawanie niweczników, niż szczepienia sposobem Högyesa. Ponieważ zaś przy wywoływaniu odporności przeciw wściekliźnie współdziałają i zarazek i jad (wścieklizny), — a według badań Babesa i Fermiego także rdzeń prawidłowy, nie zawierający zarazka wścieklizny, — więc w następstwie tego sposób szczepienia Pasteura należy uważać za lepszy, niż sposób Högyesa.

2) Doświadczenia z wiązaniem dopełniacza wykazują niweczniki — zaraz, doświadczenia na zwierzętach stwierdzają substancye zabijające zarazek wścieklizny — 7 dni, po skończonem uodparnianiu w surowicy krwi człowieka. Gdyby się w przyszłości okazało, że występowanie niweczników (w ogólności) w surowicy krwi, jest równoznaczne z występowaniem odporności przeciw wodowstrętowi, — to wtedy należałoby inaczej oceniać niektóre przypadki śmierci z wodowstrętu, niż się to dzisiaj dzieje. Mamy na myśli te przypadki śmierci z wodowstrętu, jakie się zdarzać mogą po szczepieniu sposobem Pasteura energicznem i przeprowadzanem mało suszonym rdzeniem.

Piśmiennictwo. 1. Centani: D. m. W. 1893. — 2) Dobrowolskaja: Centr. f. Bakt. O. 56. — 3. Fermi: Centr. f. Bakt. O. 46. — 4) Heller u. Rothermundt: w Kolle Wassermann, Handb. d. path. Mikroorg. 1913. — 5) Heller u. Tomarkin: D. m. W. 1907. — 6) Kraus u. Kreisl: Centrbl. f. Bakt. O. 32. — 7) Kotzewaloff: Tamże O. 57. — 8) Marx: w Kolle-Wassermann, Handb. d. Mikroorg. 1904). — 9) Nitsch: Medycyna 1904. — 10) Nitsch: Centrbl. f. Bakt. O. 42. — 11) Nitsch: Tamże. O. 43. — 12) Palmirski i Karłowski: Wodowstręt u ludzi. 1911. (Monografia).

Ze szpitala rezerwowego w Wadowicach. — Komendant szpitala: starszy lekarz sztabowy Dr Aleksander Dzerowicz.

Sposób wykrywania nielicznych plasmodyów zimnicy.

Podał

Dr Kresta,

kierownik polowej pracowni bakteryologicznej Nr 80.

Nader częste nawroty zimnicy możnaby niejednokrotnie wytłumaczyć tą okolicznością, iż nasze obecne sposoby wykry-

wania plasmodyów (we krwi, rozprowadzonej na szkiełku i w t. zw. grubej kropli) nie są dostatecznie pewne, udoskonalenie zatem tych metod byłoby rzeczą wielce pożądaną.

Praca Hallenbergera, ogłoszona w Münchener med. Wochenschrift (z. 46, 1916), była dla mnie pobudką do zbadania przytoczonej przez niego metody Bassa i Jonesa. Badanie to dało wyniki najzupełniej zadowalniające. Istota badania polega na tem, iż ciałka czerwone krwi, zakażone plasmodyami, są gatunkowo lżejsze od ciałek czerwonych niezakażonych, że zatem jedne od drugich oddzielić można zapomocą odwirowania. Skupiając w ten sposób plasmodya w mniejszej ilości krwi, osiąga się względne ich pomnożenie, przez co oszczędza się wiele czasu i trudu przy szukaniu ich pod mikroskopem.

Technika wykonania jest następująca: W rurce służącej do brania krwi, przygotowuje się 2% rozczyn cytrynianu sodu (natrium citricum) w wodzie przekroplonej. Rozczynu tego powinno być około 2 cm³. Do tego rozczynu wpuszcza się około 1½ cm³ krwi, wydobytej przez nakłucie wprost z żyły łokciowej chorego. Przez kilkakrotne przewrócenie rurki w palcach miesza się jej zawartość, poczem się ją odwirowuje, skutkiem czego składniki stałe osadzają się w dolnej części rurki. Posługując się szeroką pipetą, zbiera się górną warstwę ciałek krwi (w ilości około ½ cm³) i przenosi się ją do szerokiej rurki, zawierającej około 1 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Potrząsając zlekka tą rurką, miesza się jej zawartość i odwirowuje się ponownie. Z rurki tej wciąga się następnie górną warstwę ciałek krwi (0·2 – 0·3 cm³) do przestronnej rurki włoskowatej, którą na jednym końcu zatapia się w płomieniu. Taczając ją w palcach, miesza się jej zawartość, poczem jeszcze raz się odwirowuje. Ponieważ przy odwirowaniu mogłaby ta rurka wskutek szarpnięć uledz rozbiciu, przeto wstawia się ją do rurki, używanej do zbierania krwi, wysłanej na dnie kłaczkiem waty, i osłania się ją watą również od góry.

Po ostatecznem przewirowaniu stałe składniki krwi układają się w rurce włoskowatej, jak następuje: Na samem dnie, jako gatunkowo najcięższe, znajdują się czerwone ciałka krwi, nie zakażone plasmodyami. Następną, środkową warstwę tworzą zakażone czerwone ciałka krwi, zaś powierzchowną, białą warstwę tworzą białe ciałka krwi, tudzież w zimnicy podzwrotnikowej półksiężyce Laveranowskie.

Stosownie do tego rozmieszczenia przecina się rurkę włoskowatą tuż poniżej warstwy ciałek białych. Z warstwy tej sporządza się preparat, zaś z najwierzchniejszej warstwy, znajdującej się w dolnej części przeciętej rurki włoskowatej, dwie »grube krople«. W jednym z tych preparatów znajdują się zazwyczaj plasmodya w wielkiej ilości. Sporządzić trzy preparaty jest korzystnie dlatego, iż zależnie od czasu, w jakim krew się bierze, plasmodya układają się płyciej lub głębiej, ponieważ w miarę wzrostu ich ciężar gatunkowy się zmniejsza.

W przypadkach zimnicy podzwrotnikowej znajdowałem półksiężyce prawię wyłącznie w warstwie ciałek białych.

Co do małych pierścieni, metoda ta nie może znaleść zastosowania, gdyż zmiana w ciężarze gatunkowym jest zbyt jeszcze mała.

Na zdolność barwienia się składników krwi metoda ta nie ma wpływu. Jeżeli chodzi o rozprowadzenie krwi na szkiełku, to należy domieszać do niej nieco surowicy, gdyż ciałka krwi same do szkła nie lgną.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

wciąganie skrzydeł nosa, ansaugen der Nasenflügel.
bezjądrość, anorchia.
bezoczność, anophthalmia.
skurcz naczyń, angiospasmus.
naczynionerwowy, angioneurotisch.
mięknienie naczyń, angiomalacia.
oburęczność, ambidexteritas.
odczuwanie (bodźca) drugostronne, alloaesthesia, allochiria.
pokarmowy, alimentär.
komórka ochronnikowa, Alexocyt.
ochronnik, Alexin.
bezuście, astomia.
bezżuchwość, agnathia.
moczenie przeazotowione, azoturia.
stolce przeazotowione, azotorrhoea.
trucizna organizmowa, Autogift, autogenes Gift.
gruźlica wydalnicza, Ausscheidungstuberculose.
bezwłosość, atrichia.
niedożywianie, athrepsia.
odporność niedożywienna, athreptische Immunität.
zapalenie płuca z wdychania, Aspirationspneumonie.
oporny przeciw lekom, arzneifest.
obco (inno) gatunkowy, artfremd.
jednogatunkowy, arteigen.
tętniak nadżerkowy, Arrosionsaneurysma.
beztwarzowość, aprosopia.
odporność surowicza, Serumimmunität.
uczulenie, sensibilisatio.
głodzenie, Karenz.
kurcz wpustu, cardiospasmus.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. XII. posiedzenie, na którem prof. Latkowski przedstawił chorego ze swego oddziału, poczem odbyły się wybory Zarządu na r. 1919.

Prezesem wybrany został kol. Wacław Damski, wiceprezesem kol. Wincenty Witaliński, sekretarzem dorocznym kol. Czesław Karwowski, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« (na 3 lata ponownie) kol. Stanisław Ciechanowski, podskarbim komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« (na 3 lata ponownie) kol. Bruno Wojciechowski. Skarbnik i gospodarz, wybrani w r. 1916, pozostają w urzędzie do 1919, sekretarz stały i bibliotekarz, wybrani w r. 1917, pozostają w urzędzie do 1920. Komisye Towarzystwa i delegaci do Towarzystwa lekarzy galicyjskich zostali wybrani w niezmienionym składzie.

Warszawa. W instytucie higieny i bakteryologii Uniwersytetu warszawskiego odbędą się kursa uzupełniające i zajęcia praktyczne dla lekarzy z bakteryologii, parazytologii, higieny i epidemiologii. Kursa rozpoczynają się 4. grudnia, trwać będą 2 i pół miesiąca codziennie (z wyjątkiem sobót i niedziel) od godz. 6—8½ wieczorem. Zapisy przyjmuje w godzinach rannych starszy asystent Instytutu (Nowy Świat 19).

Z różnych stron. Wiedeńskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło 3. XII. wysłać do aliansu państw zachodnich prośbę, błagającą o żywność i węgiel, przedewszystkiem dla szpitali. Na temże posiedzeniu poruszono myśl założenia »Fraternitas medicorum internationalis«.

— Niemiecko-austryacki Państwowy Urząd zdrowia wydał 21. XI. rozporządzenie o zwalczaniu chorób wenerycznych, wprowadzające obowiązek leczenia się chorych, zgłaszanie chorych przez lekarzy do władzy sanitarnej w ograniczonym zakresie, wreszcie obowiązek pouczania chorych. Nasze władze sanitarne nie uczyniły dotąd nic.

Zmarli: Dr Bolesław Tryniecki, burmistrz m. Grodziska w Galicyi, padł w 46 r. ż. ofiarą zawodu; kilkunastoletnią pracą lekarską i społeczną zjednał sobie wielkie uznanie, którego dowodem gorące wspomnienia pośmiertne, nadsyłane nam z Grodziska.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 51. Kraków, 21. grudnia 1918 Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 21 grudnia 1918 Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I b) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rak ogólny w następstwie pierwotnych zmian w żołądku pod postacią gruźlicy prosówkowej. (Carcinosis miliaris acuta).

Napisał

Prymaryusz **Dr Antoni Krokiewicz.**

Rak ogólny (carcinosis) w następstwie pierwotnych zmian w żołądku, przebiegający pod postacią ostrej gruźlicy prosówkowej, należy do wielkich rzadkości, a rozpoznanie właściwie dopiero na stole sekcyjnym może być dokonane. W zwykłych warunkach sprawa chorobowa przy raku żołądka trwa średnio jeden rok, rzadziej około dwóch lat. Znane są jednak nieliczne przypadki raka żołądka, zwłaszcza u osób młodych, o przebiegu bardzo szybkim (carcinoma acutum). Tak n. p. w przypadku Schneppego (Jaworski: Podręcznik chorób żołądka) miał cały czas choroby wynosić tylko 20 tygodni. Wogóle doświadczenie kliniczne poucza, iż rak żołądka tem szybciej przebiega, im młodszy jest wiek chorego.

Nader rzadko rak żołądka ujawnia się wśród objawów jedynie tylko bardzo ostrego procesu chorobowego, tworząc ogniska rozliczne wtórorzędne wielkości prosa lub drobnego grochu w narządach wewnętrznych tak, iż pierwotne zmiany w żołądku uchodzą zupełnie uwagi przy spostrzeganiu klinicznem. Ponieważ wtedy występuje stan gorączkowy, pojawiają się przypady mózgowe i zaburzenia w oddychaniu, które w kilku tygodniach wywołują zejście śmiertelne, a ogniska wtórorzędne w narządach wewnętrznych są drobne, wielkości ziarn prosa lub drobnego grochu, przeto ze względu na analogiczny obraz, napotykany przy ostrej gruźlicy prosówkowej, usprawiedliwiona jest naówczas tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomopatologicznego, nazwa »ostrego prosówkowego raka ogólnego« (carcinosis miliaris acuta, Köhler i Demme). W przypadkach tych przychodzi do rozsianego procesu nowotworowego nietylko drogą naczyń limfatycznych, ale i w bardzo znacznej części drogą naczyń krwionośnych przez masowe zatory komórkami nowotworowemi, oddzielonemi z ogniska pierwotnego i wyposażonemi niezwykłą siłą rozwojową.

W ostatnim czasie miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale to niezwykłe schorzenie i dlatego uważam za stosowne rzecz tę podać do szerszej wiadomości.

M. G., l. 22, służąca z Krakowa, przyjęta na oddział 30. V. 1918. Według wywiadów ma być chora dopiero od dwóch tygodni; poprzednio była zdrowa. Choroba objawia się bólami w plecach i podżebrzu lewem; od trzech dni dziennie trzy wolne stolce. Obciążenia dziedzicznego niema.

Stan chorej w dniu przyjęcia następujący: Budowa i odżywienie dobre. Skóra sucha, gorąca, lekko zaróżowiona. Gruczoły chłonne obwodowe bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Dolna granica płuc z przodu po stronie prawej w linii sutkowej na 6. żebrze, mało ruchoma, a po stronie lewej na 4. żebrze. Odgłos opukowy jawny, szmery oddechowe zaostrzone. Z tyłu dolna granica płuc po obu stronach w linii przykręgowej na 10. żebrze mało ruchoma; odgłos opukowy po obu stronach klatki piersiowej od szczytu do dolnego kąta łopatki jawny, poniżej przytłumiony. W miejscu przytłumienia drżenie klatki piersiowej i szmery oddechowe osłabione; na szczycie przytłumienia tu i owdzie wyraźne tarcie opłucne. Zresztą szmery oddechowe z tyłu na klatce piersiowej zaostrzone, pokryte świstami i furczeniami. Liczba oddechów 28. Serce prawidłowych rozmiarów. Nad koniuszkiem pierwszy ton nieczysty, rozszczepany; poza tem tony serca prawidłowe. Tętno regularne, dość dobrze napięte, 90 na minutę. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch miernie wzdęty, dość tkliwy; w jelitach mierna ilość kału i gazów. Wątroba nie powiększona. Okolica śledziony za dotykiem bolesna, śledziona (opukiwanie) nieznacznie powiększona. Mocz winnożółty, mętnawy, oddziałuje kwaśno; nie zawiera ani białka, ani cukru. Skąpe białe upławy. Krąg 4. i 5. lędźwiowy za uciskiem bardzo bolesny; ruchy kręgosłupa nie bolesne. Odruchy prawidłowe. Chora przytomna i dość swobodna w czasie wolnym od bólów. Z jamy opłucnej lewej wydobyto strzykawką Pravatza płyn mętny, surowiczy, zawierający zwykłe składniki.

Chora pozostawała w szpitalu przez 25 dni i zmarła nad wieczorem 25. VI. Z początku przez 17 dni stan gorączkowy, przyczem najwyższa ciepłota była pod wieczór i dochodziła do 38° C.; ostatnie 8 dni ciepłota ciała była prawidłowa. Brak potów i plwocin, nieznaczne pokasływanie. W czasie spostrzegania klinicznego stan w płucach nie ulegał zmianie widoczniejszej; toż samo dotyczyło i narządu krążenia. Brzuch był coraz więcej wysklepiony z powodu płynu wolnego w jamie otrzewnej, za dotykiem tkliwy; brak łaknienia, język jużto znaczniej, jużto mniej obłożony, zaparcie stolca. Mocz winnożółty, mętnawy, oddziaływania kwaśnego, zawierał, począwszy od 20. VI., spory ślad białka, a w osadzie liczne krwinki czerwone i nieliczne białe. Chora przez cały czas odurzona i zmęczona, uskarżała się na nieznaczne kłucie w podżebrzu lewem, a na bardzo wielkie bóle w krzyżach i w kręgosłupie, które najsilniej występowały w nocy i nie dozwalały chorej spać pomimo stosowania środków nasennych i uśmierzających. Prześwietlenie promieniami Röntgena 19. VI. (Dr Korabczyńska) wykazało: Brak jakichkolwiek zmian w kręgosłupie. Oba płuca zasiane drobnemi zagęszczeniami, wychodzącemi z wnęki, przez co przejrzystość płuc zmniejszona. Po stronie prawej w dolnej części zmiany znaczniejsze; rozległe nacieki we wnęce i nad przeponą w częściach zewnętrznych płuca. Dokładnego badania kału i krwi z powodu znacznej liczby chorych, a braku sił lekarskich nie można było przeprowadzić. W ostatnich 6 dniach chora bardzo apatyczna i znużona z powodu bólów i bezsenności, przyczem na twarzy coraz bardziej wzmagająca się sinica przy liczbie oddechów 42, a tętna 150 na minutę. Tętno bardzo słabo napięte; oddechy powierzchowne; skąpe wymioty po płynnych pokarmach; zaparcie stolca. Nad wieczorem 25. VI. wśród silnej sinicy i zapadu zejście śmiertelne. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Processus bacillosus disseminatus universalis (pulmonum, intestinorum, pleurarum, peritonei, gł. bronchialium et abdominis). Polyserositis (exs. pleuriticum bil. et peritonei). Jako punkt wyjścia sprawy chorobowej przypuszczano pierwotne zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych i jamy brzusznej, a wtórorzędne rozsiane na opłucnych i otrzewnej, tudzież w miąższu płucnym i w jelitach, do których to zmian dołączyło się zapalenie wysiękowe w jamach opłucnych i otrzewnej. Rozpoznanie to jednak za życia budziło pewne wątpliwości, gdyż przebieg kliniczny odbiegał nieco od procesu gruźliczego rozsianego, którego punkt wyjścia stanowi pierwotna gruźlica gruczołów chłonnych. Mia-

nowicie podnieść należy, iż 1) w czasie spostrzegania klinicznego tylko przez 17 dni z początku zauważono gorączkę, dochodzącą, i to pod wieczór, najwyżej do 38° C., a przez 8 dni ostatnich stan bezgorączkowy; 2) iż nie można było stwierdzić przy osłuchiwaniu płuc tych trzeszczących rzężeń, charakterystycznych dla gruźlicy prosówkowej i uzyskać grudek plwociny dla zbadania bakteryologicznego pomimo podawania środków wykrztuśnych; 3) iż ciągle utrzymywał się zupełny brak potów; 4) iż przez cały czas spostrzegania klinicznego aż do ostatnich dni przed zejściem śmiertelnem nie zauważono u chorej duszności i znaczniejszej sinicy twarzy; 5) iż przytomność u chorej była nieznacznie tylko zajęta, a chora okazywała raczej apatyę i silne znużenie wskutek bólów i bezsenności; wreszcie 6) iż niezwykłe nasilenie bólów w okolicy kręgów lędźwiowych przy braku zmian w kręgosłupie, występujących przeważnie w nocy i nie dających się uśmierzyć, nie odpowiadało objawom klinicznym, zazwyczaj spotykanym przy zmianach gruźliczych w gruczołach pozaotrzewnych, w jelitach i przy zapaleniu wysiękowem gruźliczem otrzewnej. To też wyjaśnienia bliższego miały dostarczyć oględziny pośmiertne.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. (prof. Dr Browicz) wykazały: Rozpoznanie anatomiczne: Carcinoma pylori exulcerans. Carcinosis pulmonum metastatica. Metastases carcinomatosae multiplices lymphoglandularum peribronchialium mesaraicarum, extraperitonealium. Metastases pancreatis et renum. Exsudatum pleurae ambilaterale. Peritonitis exsudativa. Degeneratio adiposa myocardii.

W protokole zmian pośmiertnych najważniejsze ustępy opiewają: Obie jamy opłucne bez zrostów, zawierają po $^3/_4$—1 litra cieczy nieznacznie mętnej, żółtawej. Opłucna obu płuc zasiana bardzo licznymi guzkami białawymi, dość twardymi, wystającymi ponad powierzchnię, wielkości ziarna prosa i grochu. Takież same guzki, bardzo gęsto zasiane, znajdują się w miąższu obydwu płuc. Poza tymi guzkami miąższ płucny powietrzny, różowawy. Gruczoły przy wnęce powiększone, białawe, dość miękkie, dochodzą wielkości dużego grochu. Jama brzuszna zawiera około litra cieczy mętnawej, zielonkowatej, opalizującej. Otrzewna wogóle przyćmiona, pokryta gdzieniegdzie białawymi guzkami, dochodzącymi wielkości prosa. W części odźwiernikowej żołądka naciek nowotworowy owrzodziały, wielkości orzecha włoskiego. Na przekroju w tem miejscu ściana żołądka zgrubiała, jednostajnie tkanką białawą, twardawą przerosła. Owrzodzenie pokryte jest skrzepem krwi. Trzustka znajduje się zmieniona nowotworowo wśród guza dochodzącego pięści dorosłego człowieka. Guz ten, usadowiony za tylną ścianą żołądka, zrasta się swym górnym końcem z dolną powierzchnią wątroby, nie drążąc jednak w głąb. Podobną tkanką zajęte są gruczoły zaotrzewne, które są powiększone do wielkości jaja kurzego i ściśle zrosłe z kręgosłupem. Podobnie powiększone, lecz tylko do wielkości fasoli, gruczoły krezkowe. W wątrobie przerzutów nie znaleziono. W nerce lewej znajduje się na powierzchni jeden guzek wielkości małego grochu.

Jak widzimy, rozpoznanie anatomiczne stanowiło w danym przypadku prawdziwą niespodziankę. Brak charłactwa i przypadów ze strony żołądka, krótkie, niespełna 7 tygodni (40 dni) trwanie całej choroby o charakterze ostrym zakaźnym, młody wiek chorej, liczącej 22 lat, nie naprowadzały na możliwość nowotworu raka żołądka, jako punktu wyjścia dla sprawy chorobowej. Podobnie, jak przebieg kliniczny, przedstawiał się niezwykle i obraz anatomiczny, jak i sposób szerzenia się raka żołądka w narządach wewnętrznych. Wobec tego trzeba się nad tym przypadkiem bliżej zastanowić.

Oględziny pośmiertne stwierdziły pierwotny naciek nowotworowy rozpadający się w części odźwiernikowej żołądka, a przerzuty w postaci guzków wielkości prosa i drobnego grochu w narządach wewnętrznych i na błonach surowiczych. Guzkami tymi zasiane były obie opłucne, miąższ płuc; natomiast w skąpej ilości znajdowały się one na otrzewnej, w nerce lewej. Jamy opłucne i jama otrzewna zawierały prócz tego od $^3/_4$—1 litra cieczy mętnej, wysiękowej, zapalnej. Poza tem trzustka nowotworowo zmieniona wśród guza, dochodzącego pięści dorosłego człowieka; nowotworowo zajęte gruczoły chłonne, i to gruczoły pozaotrzewne — powiększone do wielkości jaja kurzego i pozrastane ściśle z kręgosłupem i gruczoły wnękowe oskrzelowe dochodzące wielkości fasoli. Obraz anatomiczny zatem, pominąwszy owrzodzenie rakowe żołądka, nadzwyczaj podobny na pierwszy rzut oka do ostrej rozsianej gruźlicy, wychodzącej pierwotnie z gruczołów chłonnych, a następnie występującej w postaci rozsianej prosowatej w narządach wewnętrznych miąższowych i na błonach surowiczych, do której dołączyło się zapalenie wysiękowe w jamach surowiczych (polyserositis).

Niemniej zasługuje na uwagę i sposób rozszerzania się nowotworu z pierwotnego ogniska w żołądku na narządy wewnętrzne.

Jak wiadomo, rak żołądka szerzy się, albo przechodząc bezpośrednio na otoczenie albo tworzy przerzuty drogą naczyń limfatycznych, a często i przez naczynia krwionośne żylne. Komórki rakowe, oddzieliwszy się z dna macierzystego, zostają prądem limfy lub krwi zaniesione do różnych narządów wewnętrznych i tworzą tam wtórorzędne ogniska. Zazwyczaj gruczoły okołożołądkowe i pozaotrzewne są zajęte nowotworowo nawet wówczas, gdy na oko zdają się być niezmienione. Cuneo podaje odnośny odsetek na 85%. Od jamy brzusznej ulegają wielokrotnemu zajęciu nowotworowemu gruczoły klatki piersiowej i gruczoły obwodowe, jak pachwinowe i ponadobojczykowe. I w przewodzie piersiowym chłonnym nieraz zauważono wybujałości rakowate. Bardzo też często wytwarzają się przerzuty w wątrobie, która ze względu na zwolnione krążenie przedstawia bardzo korzystne warunki dla powstawania ognisk nowotworowych wtórorzędnych. Stąd też wydarza się, iż nieznaczne owrzodzenie odźwiernika żołądka może dać przerzuty nowotworowe w wątrobie wielkości głowy noworodka. Rzadziej przerzuty przy raku żołądka pojawiają się na sieci, otrzewnej; w trzustce, w nerkach, w narządach miednicy, w narządzie płciowym męskim, na opłucnej, w miąższu płucnym, w mózgu i kościach. Według mej statystyki przerzuty przy raku żołądka znajdują się w wątrobie w 40·7%; w gruczołach krezkowych i pozaotrzewnych w 23·4%; na otrzewnej, sieci, w gruczołach krezkowych i pozaotrzewnych w 8·4%; w trzustce i gruczołach pozaotrzewnych w 5·1%; w wątrobie, na opłucnej, w miąższu płucnym, gruczołach oskrzelowych i krezkowych w 1·7%, a w 5·1% w przebiegu raka żołądka nie można stwierdzić gołem okiem przerzutów w narządach wewnętrznych. Wogóle wątroba stanowi najczęściej siedzibę przerzutów przy raku żołądka.

W przypadku naszym wątroba była zupełnie wolna od przerzutów nowotworowych pomimo zajęcia tak licznych narządów wewnętrznych. Obraz anatomiczny wobec wątroby zupełnie wolnej od ognisk nowotworowych wskazywał, iż rak żołądka szerzył się pierwotnie w narządach wewnętrznych głównie przez naczynia limfatyczne, zajmując najpierw trzustkę, gruczoły pozaotrzewne i krezkowe, a następnie gruczoły oskrzelowe i błony surowicze. Dopiero w późniejszym czasie zajęte zostały płuca przez masowe zatory komórek nowotworowych, które przeszły bez zmian przez żyłę wrotną i wątrobę i z serca prawego zostały zaniesione do miąższu płucnego przez naczynia krwionośne; rzecz, w każdym razie niezwykła.

Ten niezwykły sposób szerzenia się raka żołądka, stwierdzony oględzinami pośmiertnemi, wyjaśnia nasze wątpliwości kliniczne ze względu na rozpoznawanie za życia sprawy rozsianej gruźliczej prosowatej w następstwie pierwotnego zajęcia gruczołów oskrzelowych. Znajdujemy wytłumaczenie, dlaczego przy domniemanej gruźlicy prosówkowej brakowało potów i charakterystycznych rzężeń w płucach, wysokiej gorączki i znaczniejszego zajęcia przytomności i dlaczego wybitna dusznica i sinica twarzy wystąpiła dopiero w ostatnich 6 dniach życia. Znajdujemy też wytłumaczenie dla tych silnych bólów, od początku choroby ciągle przeważających nad innymi objawami, ograniczających się trwale do części lędźwiowej kręgosłupa, a które zostały wywołane zajęciem wtórnem nowotworowem trzustki i gruczołów pozaotrzewnych, powiększonych do wielkości jaja kurzego, pozrastanych ściśle z kręgosłupem.

Zarzut, iż zbadanie treści żołądka mogło naprowadzić na należyte rozpoznanie, odpada, skoro zważymy, iż całokształt objawów klinicznych, a zwłaszcza brak przypadów żołądkowych tudzież wynik prześwietlania promieniami Röntgena zdawały się przemawiać z największem prawdopodobieństwem za rozsianą sprawą gruźliczą, a wobec zapalenia otrzewnej i bardzo wielkiego znużenia i osłabienia chorej wszelkie zabiegi dla uzyskania treści żołądka nie były obojętne.

Oprócz bardzo szybkiego przebiegu sprawy chorobowej; bo trwającej w całości niespełna 7 tygodni (40 dni) i niezwykłego tak klinicznego, jak i anatomopatologicznego obrazu należy podnieść w naszym przypadku brak charłactwa i wiek chorej, liczącej zaledwie 22 lata. Pomijając wyjątkowe przypadki, opisane przez Wilkinsona i Wiederhofera u noworodków, przez Cullingwortha u dziecka 5-tygodniowego i przez Scheffera u chłopca 14-letniego, rak żołądka zwyczajnie pojawia się między 40—60. rokiem, a bardzo rzadko przed 30. rokiem życia. Eichhorst u 324 chorych na raka żołądka raz tylko spostrzegał raka u 25-

letniego osobnika, a według jego statystyki odsetek w wieku od 25—30 lat wynosi 2%. Według Leberta rak żołądka poniżej 30 lat jest bardzo rzadkiem zjawiskiem i pojawia się u 1% chorych. Ziarko (Rzut oka na statystykę raka przewodu pokarmowego i wrzodu okrągłego żołądka. Nowiny lekarskie XXI) na 509 przypadków raka żołądka, spostrzeganych na moim oddziale, podaje odsetek w wieku poniżej 30 lat u mężczyzn 0·94%, a u kobiet 2·6%. W sprawozdaniu mojem, jako prosektora Szpitala lwowskiego (za rok 1894, 1895, 1896) najmłodszy przypadek raka żołądka dotyczył kobiety 26-letniej, a odsetek u kobiet w wieku od 26—30 lat był stosunkowo większy, bo wynosił 3·3% (u mężczyzn 0%). Wogóle zaznaczyć należy, iż rak żołądka według moich spostrzeżeń pojawia się w wieku poniżej 30 lat życia częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Antoni Cieszyński: **W sprawie techniki wstrzykiwań do nerwu podoczodołowego.** (Zur endoneuralen, perkutanen Injektionstechnik des Nervus infraorbitalis). (Oesterr.-ungar. Vierteljahrschr. für Zahnheilkunde 1918. Z. 1—2).

Chorzy wolą, aby znieczulenia przed zabiegami dentystycznymi wykonywać od strony jamy ust, dlatego też, jak sądzi autor, podano w podręcznikach znieczulenie nerwu podoczodołowego od strony jamy ustnej, jako typową metodę. Jednakże wstrzykiwanie płynu znieczulającego przez skórę policzka do nerwu w kanale podoczodołowym jest drogą prostszą i często lepszą. Chodzi tylko o dokładne oznaczenie punktu, w którym ma się igiełkę wbić i kierunku, w którym ją posuwać, aby się najłatwiej dostać do kanału. Otóż na podstawie badań stosunków anatomicznych na wielkim materyale oznacza autor położenie tego punktu i kierunek prowadzenia igiełki bardzo pomysłowo i dokładnie zapomocą systemu linii, wyrysowanych na twarzy chorego, których wytyczną są brzeg oczodołowy i źrenica oka chorego, gdy patrzy prosto przed siebie. Po opisaniu techniki wstrzykiwania podaje autor wskazania tej metody i wyniki swoich klinicznych spostrzeżeń. Autor wstrzykiwał 2% roztwór nowokainy z dodatkiem 1 kropli suprareniny (1:1000) względnie $1^1/_2$% rozczyn nowokainy z dodatkiem siarczanu potasowego (4·0) i soli (7·0 na 1000 cm³ wody) i kropli suprareniny na 1 cm³ płynu. Ilość wstrzykiwanego płynu $^3/_5$ cm³. Znieczulenie trwało najmniej przez $1^1/_2$ godziny i było według statystyki autora w 87·3% przypadków — zupełne.

Ta metoda nadaje się doskonale do rękoczynów przy rozpoznaniu i leczeniu rwy drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego.

Dr Józef Mrozowski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie uroczyste dnia 9. października 1918.

Obecnych członków 72. Przewodniczy prezes prof. Krzyształowicz. Początek o godz. 6·10 wieczór.

Prezes wygłosił stosowne przemówienie z powodu ogłoszenia manifestu Rady Regencyjnej w Warszawie. Przemówienia tego wysłuchali obecni stojąc.

O godz. 6·25 prezes zamknął posiedzenie.

Posiedzenie zwyczajne d. 9. października 1918.

Obecnych członków 72. Przewodniczy: kol. prezes Krzyształowicz. Początek o godz. 6·40.

I. Przewodniczący poświęcił gorące wspomnienie pośmiertne ś. p. profesorowi Dr L. K. Glińskiemu.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

III. Kol. prof. Ciechanowski wygłosił wykład: **O zmianach anatomicznych w grypie.** (Rzecz ogłoszona w Nrze 42. »Przeglądu lek.«).

IV. Kol. prof. Nitsch mówił: **O bakteryologii epidemii hiszpańskiej grypy.** (Ogłoszone drukiem w Nrze 46. »Przeglądu lek.«).

V. Kol. prof. Latkowski przedstawia **obraz kliniczny influenzy hiszpańskiej** na podstawie spostrzeżeń szpitalnych, obejmujących 67 przypadków, ze szczególnem uwzględnieniem postaci o gwałtownym przebiegu. Postacie te charakteryzują się zajęciem szczególnem narządu oddechowego, występującem w postaci zapalenia tchawicy, oskrzeli i oskrzelków (tracheobronchitis, bronchitis capillaris s. bronchiolitis) i zapalenia płuc. Przy rozległem zapaleniu oskrzelków może przyjść do zejścia śmiertelnego w ciągu 2—3 dni wśród objawów duszenia. Inne przypadki grypy kończą się śmiertelnie wskutek powikłań z zapaleniem płuc, przyczem zapalenie takie trwa kilka albo i kilkanaście dni. Są to postacie albo krwotoczne, albo też ropne zapalenia płuc i opłucnej. L. zwraca uwagę na częstość krwotoków w obecnej epidemii, szczególnie krwotoków z nosa, gardła, tchawicy, oskrzeli i kiszki grubej. Nierzadkiem zjawiskiem jest także białkomocz z elementami nerkowymi i wałeczkami. L. podaje obraz krwi (leukopenia w przypadkach czystych, leukocytoza w powikłanych) i dodaje kilka uwag o prątku influenzy i jego znaczeniu w obecnej epidemii. Śmiertelność influenzy w przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, w materyale szpitalnym doszła do 47%. (Streszczenie własne).

VI. Dyskusya: 1) Prof. Browicz zwraca uwagę na niezwykły obraz zmian płucnych w toku choroby hiszpańskiej (morbus ibericus). W przypadkach ciężkich śmiertelnych zwraca uwagę charakter krwotoczny zmian, jakiego się nie spotyka w zwykłych zmianach płucnych, ani w toku zapaleń oskrzeli, ani zapaleń płuc (kataralnych i włóknikowych) ani też w przypadkach zmian ropniczych.

Prócz charakteru krwotocznego zmian płucnych zwraca uwagę wikłanie się zmian płucnych z ropieniem w postaci rozległych ognisk ropnych, ropienia międzyzrazikowego, a nadto powstawanie ognisk nakształt ognisk krwawych zatorowych, t. zw. nadzianek krwawych, czego się znowu w toku zwykłych zmian płucnych nie spotyka. Nadto ulegają te ogniska zgorzelinowaceniu, czego się również nie spotyka, chyba wyjątkowo, w toku zwykłych zapaleń płucnych.

Wygląd przekroju płuca niezwykły, ogniska różnego charakteru rozmieszczone obok siebie, różnorodność ognisk w jednem i tem samem płucu i płacie zazwyczaj dolnym, a obraz przekroju przypomina obraz rozgraniczeń na mapie geograficznej.

Wreszcie zwraca uwagę niezwykły udział opłucnej w sprawie ropnej, tak częstej w przypadkach ciężkich o obfitej wypocinie włóknikoworopnej. Spotyka się także bez śladu ropienia nacieki płynne krwawe, obejmujące nawet niemal całe płuca, zalewające powierzchnię przekroju o wybitnej cesze śluzowatej, barwy nie czerwonej, lecz wiśniowej, świadczącej o zmianie krwinek a względnie hemoglobiny.

Krwotoczny charakter zmian płucnych tak miąższu jakoteż oskrzeli, krwawienie z nosa, krwawy charakter nacieków płynnych w płucach, krwawień jelitowych, świadczą o niezwykłej przepuszczalności i nadwerężeniu naczyń krwionośnych, szczególnie naczyń włosowatych, o niezwykłej złośliwości zakażenia czy to paciorkowcem zwykłym, czy też może jakąś odmianą, dotąd nieznaną. Te stany płuca nadają właściwe piętno i są jedynie charakterystycznemi cechami anatomicznemi choroby hiszpańskiej, zmiany w innych narządach i tkankach są zwykłemi, w toku śmiertelnych chorób zakaźnych spotykanemi zmianami. (Streszczenie własne).

(Dokończenie nastąpi).

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

zlepny, agglutinabel.
dwubarwliwy, amphophil.
bezmózgowość, anencephalia.
dwuchwytnik, Amboceptor.
opadanie płatkami, Ausflockung.
wytłoczyny, Trester.
włosożerstwo, trichophagia.
cieczenie z nosa, Triefnase.
tłuszczochwytny, adipopexique.
pobudnik, Stimulin.

żywienie szczędzące, Schonungskost.
powietrze, mocz, kał resztkowy, Residualluft,- har,- kot.
gorączkotwórczość, Pyrogenese.
wielosutkowość, polymastia.
komórka różnotwórcza, Polyblast.
przeciwpasorzytny, parasitotrop.
zwój dodatkowy, paraganglion.
wyróżniać, zróżniać, differenzieren.
odkrwienie, decongestio.
gruźlica przez połykanie, Deglutitionstuberculose.
okres niedomogi, odrównoważenie, decompensatio.
torbiel limfatyczna, Cystenhygrom.
skrobanie, curettage.
leczenie zdrojowe, crenotherapia.
dusznica bolesna, Coronarangina.
przewodliwość, conductibilitas.
substancya skrzepotwórcza, Coagulin.
drgawka, clonus.
puchlina (brzuszna) mleczna, chyloascites.
nierozwit połowiczy, hemiaplasia.
glejak gwiazdkokomórkowy, astrocytoma.
trucizna komórkogubna, Cytotoxin.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kliniki uniwersyteckie, pozostające dotąd, od początku wojny wszechświatowej, pod zarządem wojskowym, oddane zostają z d. 31. XII. b. r. Wydziałowi lekarskiemu. Chorzy wojskowi będą z klinik przeniesieni do szpitali wojskowych.

— Krakowski »Książęco-Biskupi Komitet pomocy dla dotkniętych klęską wojny« (K. B. K.) zamyka z d. 1. stycznia 1919 swoje czynności, głównie z powodu wyczerpania się funduszów; sekcye i instytucye, założone przez Komitet, bądź przestaną działać, bądź przekształcą się w samodzielne towarzystwa, zakłady i komitety. Sekcya sanitarna rozwiąże się zupełnie, a kolumny sanitarne, działające przeważnie w obrębie dawnej okupacyi austryackiej Królestwa, będą oddane państwowemu zarządowi sanitarnemu. Losem chorych dzieci i zakładami przeciwgruźliczymi w Zakopanem, oraz schroniskiem przeciwjagliczem w Oświęcimiu, zajmie się oddzielny Komitet, który się w tym celu zawiąże.

W »Przeglądzie lekarskim« podamy wkrótce, według ogłoszonego niedawno sprawozdania K. B. K., główne dane o działalności Sekcyi sanitarnej, która w imponującej działalności K. B. K. zajęła jedno z naczelnych miejsc.

— Dowiadujemy się, że doc. Dr Janiszewski nie przyjął ofiarowanej mu teki zdrowia publicznego, a także ofiarowanego mu później kierownictwa tegoż ministerstwa, uzależniając swoje wstąpienie do gabinetu od udziału w nim przedstawicieli byłego zaboru austryackiego i pruskiego. Zdaniem jego, w obecnych decydujących dla nas czasach koniecznem jest utworzenie gabinetu, w którym zasiadaliby przedstawiciele wszystkich trzech byłych zaborów, reprezentujący przynajmniej główne kierunki polityczne w kraju.

Warszawa. B. minister zdrowia publicznego, Dr Witold Chodźko, mianowany został podsekretarzem stanu i kierownikiem tego ministerstwa.

— Jak się dowiadujemy, Dr Malewski ustąpił ze stanowiska naczelnego lekarza armii polskiej, a na stanowisko to zaproszono Dr Zdzisława Hordyńskiego, b. general-lekarza armii austryackiej. Dr Hordyński miał zostać przed dwoma laty naczelnym lekarzem armii austryackiej, jednakże, jako Polaka, nie dopuszczono go do objęcia tego urzędu.

Zmarli: Dr Józef Rosenstadt, ordynator szpitala starozakonnych, w 48 r. ż. w Warszawie; kapitan-lekarz Dr Eberson i lekarz więzienny i sądowy Dr Władysław Smolarski w 53 r. ż., jako ofiary zawodu (z duru plamistego) w Krakowie.

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1918.

Gazeta lekarska Nr 44.—46.: Jaworski: O środkach zapobiegawczych przeciwko zajściu w ciążę oraz o zwalczaniu ich stosowania (44). — Ciechomski: Rzadki przypadek gruczolaka dobrotliwego w przewodzie wątrobnym (45—47). — Goldflam: O uleczalnej postaci zespołu Brown-Sequarda (46).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 41.: Orłowski: W sprawie psychonerwic urazowych, zwł. zależnych od wybuchu ciężkich pocisków w pobliżu.

Nowiny lekarskie Nr 3. K. Dziembowski (senior): Leczenie kamicy żółciowej. — Siwiński: Krzywa oddechu w przebiegu status epilepticus. — Cieszyński: W sprawie dziwnych obrzęków. — Rosenhauch: Rzadka postać zapalenia gruczołu łzowego.

Kronika dentystyczna Nr 11: Cieszyński: Wskazówki praktyczne.

Zdrowie Nr 11: Janiszewski: Polskie ministerstwo zdrowia publicznego. (Uwagi z powodu artykułu Dr J. Polaka). — S. Sterling-Okuniewski: Rzut oka na działalność Polskiego Komitetu do badania i zwalczania raka.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 52. Kraków, 28. grudnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 28 grudnia 1918 Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Stan prostytucyi i reglamentacyi w byłej okupacyi austryackiej.

Podał

Dr Stanisław Lewicki.

Referat na Zjeździe w sprawie wyludnienia w Polsce, odbytym w Waszawie dnia 1,, 2. i 3. listopada 1918.

Zwalczanie prostytucyi, a co za tem idzie, zwalczanie chorób wenerycznych, to jedno z wielu bardzo ważnych zadań, jakie czekają na rozwiązanie w Państwie Polskiem. Chcąc wroga zwalczać skutecznie, trzeba go przedewszystkiem dokładnie poznać, trzeba poznać jego siły i rozkład tych sił, poznać dotychczasowy sposób walki z nim i przekonać się, jaki ta walka odnosi skutek, a na tej dopiero podstawie obmyśleć nowy plan do walki tem skuteczniejszej.

Wezwany przez Towarzystwo walki z nierządem i chorobami wenerycznemi do opracowania referatu pod tyt. »Stan prostytucyi i reglamentacyi w okupacyi austryackiej«, podjąłem się tej pracy tem chętniej, że jako kierownik szpitala galicyjskiego Czerwonego Krzyża dla wenerycznie chorych kobiet w Dęblinie z ramienia Gubernii lubelskiej mogłem otrzymać potrzebne do tego daty. W tym celu zwróciłem się do referenta sanitarnego w Gubernii, Dr Karpińskiego, z prośbą o rozesłanie do wszystkich lekarzy powiatowych w okupacyi austryackiej kwestyonaryusza z szeregiem pytań, co Dr Karpiński jaknajchętniej uczynił. Z tych dostarczonych mi dat zestawiłem obraz stanu prostytucyi w okupacyi austryackiej oraz zarządzeń, mających na celu zwalczanie u prostytutek chorób wenerycznych

Otrzymałem odpowiedź z 22 powiatów na 27, a mianowicie: z Janowa, Lubartowa, Włoszczowej, Lublina, Noworadomska, Krasnostawu, Piotrkowa, Miechowa, Kozienic, Puław, Kielc, Opatowa, Pinczowa, Biłgoraju, Olkusza, Buska, Radomia, Opoczna, Sandomierza, Hrubieszowa, Tomaszowa i Zamościa. Odpowiedzi nie przyszły: Chełm, Dąbrowa, Jędrzejów, Końsk i Wierzbnik. Z powodu krótkiego czasu nie mogłem po raz drugi upomnieć się, a wielka szkoda, że nie mam odpowiedzi z tak ważnych miejscowości, jak Dąbrowa i Chełm, który przesyła do szpitala dużo chorych.

Pierwsze pytania dotyczyły liczby prostytutek reglamentowanych i tajnych, ich narodowości i religii, ilości domów nierządu i t. d. Z odpowiedzi okazuje się, że w wyżej wymienionych powiatach jest 594 prostytutek reglamentowanych. Liczbę prostytutek z Dąbrowy i Końska udało mi się jeszcze wydostać. Razem liczba prostytutek oprócz Chełmu, Jędrzejowa i Wierzbnika wynosi 647. Największą liczbę widzimy naturalnie w większych miastach, jak w Lublinie (286), Piotrkowie (64), Kielcach (56), Radomiu (77) i t. d. Jeżeli obliczymy stosunek liczby prostytutek reglamentowanych do liczby mieszkańców, która w tych 24 powiatach wynosi 3,858.000, to wypada 1 prostytutka na 5.962 mieszkańców.

W tych 22 powiatach jest około 700 prostytutek tajnych. Liczba ta jest naturalnie bardzo niedokładna; pomijając bowiem to, że przynajmniej drugie tyle się ukrywa, także i daty, przysłane mi, są bardzo niedokładne, wahają się w granicach 50 do 100, zaś Hrubieszów podaje nieprawdopodobną liczbę 120, większą, niż Lublin (80).

Domów nierządu jest 21. Znajdują się one tak w większych miastach (Lublin 8, Piotrków tylko 1), jak i w małych miasteczkach, n. p. Irena (1), Krasnostaw (2). W nich mieszka zwykle 3 do 5 dziewcząt, najwyżej 17 (w Radomiu). Domy publiczne są przeważnie w rękach żydowskich (17 na 21). 462 prostytutek mieszka prywatnie, co daje w procentach 77·7. Ze względu na możność dokładniejszej kontroli w domach nierządu uważam to za rzecz niekorzystną.

Co do narodowości na 219 prostytutek 65% uważa się za polki, 1 za niemkę, 1 za rosyankę, 1 za rusinkę, reszta za żydówki. Rzym.-kat. jest 61%, 2 ewangieliczki, 1 prawosławna, reszta izraelitki. Wiek 16 do 40 lat. Co do zawodów, z jakich prostytutki najczęściej się rekrutują, to najwięcej jest byłych służących i szwaczek, potem zarobnice, dziewczęta wiejskie, praczki, kelnerki.

Teraz przechodzę do części drugiej, a mianowicie do tego, jak się odbywa kontrola prostytutek. Ewidencyę prostytutek prowadzą rozmaite władze, jak n. p. komendy powiatowe, gminy, magistraty, żandarmerya, policya wojskowa. Władze te prowadzą wykaz prostytutek reglamentowanych i dostarczają im książeczek zdrowia, w które lekarz wpisuje stan zdrowia prostytutki, a oprócz tego od czasu do czasu (2 do 7 razy miesięcznie) przeprowadzają obławy po ulicach, hotelach, nocnych lokalach i t. d., poszukując tajnych prostytutek. Wyniki tych obław są takie, że wyłapuje się miesięcznie około 170 prostytutek i poddaje się je badaniu lekarskiemu. Prostytutki badają lekarze 2 razy tygodniowo, i to zwykle lekarze powiatowi w swoich lokalach urzędowych lub płatne w prywatnych pokojach ordynacyjnych. W Noworadomsku, Piotrkowie, Radomiu i Sandomierzu badają prostytutki lekarze miejscy, w Lublinie lekarz policyjny. Oprócz prostytutek, badanych bezpłatnie, lepsze prostytutki płacą za badanie 2 do 7 koron, co uważam bezwarunkowo za niezgodne z etyką lekarską. Nie można wprawdzie żądać od lekarza, aby badał n. p. 200 prostytutek bezpłatnie, lekarz jednak taki powinien być płatny przez władzę, która mu to badanie poleca, nigdy zaś przez samą prostytutkę. W 10 tylko powiatach lekarze badają mikroskopowo co do gonokoków, w 6 tylko powiatach wykonywa się próby Wassermanna. Każdy syfilidolog zgodzi się ze mną, że przy dzisiejszym stanie nauki rozpoznanie wiewióra, szczególniej przewlekłego, jest bez badania mikroskopowego wprost niemożliwe. Tak samo żaden poważny syfilidolog, jakim powinien być lekarz, badający prostytutki, bez próby Wassermanna obejść się nie może. Dlatego należałoby wymagać bezwarunkowo, aby każdy lekarz, badający prostytutki, posiadał mikroskop i był obowiązany w jak najszerszej mierze nim się posługiwać, a przynajmniej w większych centrach powinny być laboratorya, które wykonywałyby próbę Wassermanna.

Skutkiem kontroli jest, że około 98 prostytutek miesięcznie (7·5% ogólnej liczby prostytutek) oddaje się do leczenia z powodu choroby wenerycznej.

Chore prostytutki albo oddaje się przymusowo do szpitala, albo leczą się one u lekarzy prywatnie (w 3 powiatach). Na moje pytanie, czy prostytutki leczą się u felczerów, z dwóch tylko powiatów była odpowiedź potakująca. Bardzo jednak często przy wypytywaniu się chorej w szpitalu o poprzednie leczenie dowiadujemy się, że felczer zastosował 1—2 wstrzykiwań rtęciowych, o czem widocznie lekarze powiatowi nie wiedzą. Sprawa felczerów i partactwa lekarskiego, przez nich na szeroką skalę uprawianego, to jedna ze skandalicznych pozostałości rządów rosyjskich. Urzędując jako lekarz powiatowy w Królestwie, sam widziałem felczera, który nie umiał lub zapomniał czytać i pisać,

a któremu według ustaw rosyjskich nie można było zakazać wykonywania praktyki. Można sobie wyobrazić, jak wygląda »leczenie« przeciwkiłowe, stosowane przez takiego felczera, a niestety lud tutejszy, przynajmniej we wschodnich powiatach, o czem sam się przekonałem, ma większe przekonanie do felczerów, aniżeli do lekarzy. Sądzę, że zabronienie felczerom wszelkiego leczenia, a tembardziej leczenia przeciwkiłowego, a co ważniejsze, ścisłe dopilnowanie tego zarządzenia, to jeden z najważniejszych postulatów, jakie zjazd niniejszy powinien uchwalić.

Również leczenie prostytutek przez lekarzy prywatnie jest, zdaniem mojem, nieodpowiednie, któż zaręczy bowiem, że prostytutka chora przestała w czasie swej choroby oddawać się nierządowi i w ten sposób rozszerzać chorobę. Z chwilą, gdy u prostytutki stwierdzi się chorobę weneryczną, trzeba prostytutkę uważać za szkodliwą dla społeczeństwa i oddać przymusowo do leczenia do zamkniętego szpitala. Nie wchodzę w pytanie, jako do mego referatu nie należące, czy taksamo nie powinno się postępować z mężczyzną, wenerycznie chorym.

W byłej okupacyi austryackiej istnieje jeden szpital centralny wyłącznie dla chorych wenerycznie kobiet, a mianowicie Szpital galicyjskiego Czerwonego Krzyża w Dęblinie, około 400 łóżek. Stan chorych wynosi średnio około 200, najwyższy dotychczasowy 282. Oprócz tego jednak i inne, mniejsze szpitale przyjmują chorych wenerycznie, jak n. p. szpital św. Józefa w Lublinie (80 łóżek dla wenerycznych), szpital św. Jadwigi (dla chrześcijanek) w Hrubieszowie, z osobną salką dla wenerycznych (8 łóżek), trzy szpitale powszechne w powiecie Buskim (w Busku, Stopnicy i Chmielniku), szpital miejski dla wenerycznych w Radomiu (30 łóżek) i szpital św. Władysława w Opocznie. Czy lepsze jest tworzenie szpitali centralnych dla wenerycznych, czy decentralizacya przez tworzenie małych oddziałów osobnych po szpitalikach prowincyonalnych, to zasługuje na rozpatrzenie. Za szpitalem centralnym przemawia, że może mieć lekarzy specyalistów, wszelkie najnowsze środki i urządzenia lecznicze, laboratorya i t. d. Natomiast przeciw szpitalowi centralnemu przemawiają następujące względy: 1) Pobyt w szpitalu specyalnie dla wenerycznych nadaje piętno wenerycznie chorej wobec społeczeństwa. 2) Chore nie-prostytutki zrywają z powodu oddalenia szpitala zupełnie związek z rodziną, dziećmi, gospodarstwem i t. d., co staje się powodem nędzy. 3) Nagromadzenie większej liczby prostytutek działa bardzo niekorzystnie moralnie na inne chore. Namowa, fantastyczne opowiadania i t. d. współchorych prostytutek zwabiają niejedną nie-prostytutkę na drogę nierządu. 4) Transport chorej i dodanego jej strażnika na większą odległość jest kosztowniejszy. 5) Personal szpitalny wobec piętna szpitala jest trudny do utrzymania.

Sądziłbym, że trzebaby obrać pośrednią drogę, a mianowicie tworzyć w większych miastach, gdzie mógłby utrzymać się lekarz-specyalista, szpitale mniejsze, z osobnym oddziałem dla wenerycznych, do szpitala zaś centralnego oddawać tylko przypadki trudniejsze, powikłane lub wymagające dłuższego leczenia zapomocą urządzeń, dostępnych nie dla wszystkich szpitali. W szpitalach powinny być separatki i lepsze jedzenie dla lepszych prostytutek.

Koszta leczenia szpitalnego musi obecnie ponosić prostytutka sama lub jej rodzina, w razie zaś niemożności gmina przynależności. Jeżeli prostytutka cierpi na kiłę, a równocześnie na wiewióra, to musi kilka miesięcy pozostać w szpitalu. Koszta leczenia rosną wtedy do tysięcy, a takiej prostytutce nie pozostaje po wyjściu ze szpitala nic innego, jak wrócić do swego zawodu, w którym stosunkowo łatwo i dużo zarabia. Gmina zaś, o ile musi płacić koszta leczenia, wyrzeka się jej i wypędza lub piętnuje na całe życie hańbą prostytutki. Koszta leczenia powinno płacić bezwarunkowo państwo, gdyż tylko w ten sposób zapobiedz można rozszerzaniu się prostytucyi.

Według rozporządzenia gubernialnego mają mieć wszystkie prostytutki u siebie w przechowaniu dla swych gości środki odkażające, jak nadmanganian potasu, protargol i t. d., oraz kondomy. Jakkolwiek ze wszystkich powiatów przyszła, przynajmniej co do środków odkażających, odpowiedź potakująca, mam jednak wrażenie, że dzieje się to tylko w teoryi. Nie mam najmniejszego przekonania, aby prostytutka zachęcała mężczyznę, jak to ma podane w przepisach w książeczce zdrowia, do użycia tych środków lub aby mężczyzna o te środki się dopominał, tembardziej, że wobec dzisiejszych stosunków wojennych dostanie n. p. kondomów jest prawie niemożliwe. Dla wyjątkowo jednak sumiennych i czystych mężczyzn możnaby to zarządzenie utrzymać.

Na pytanie moje, czy czyni się jakiekolwiek starania ze strony władz, by wyleczone prostytutki mogły ze swoim dotychczasowym zawodem zerwać, dostałem jednogłośną odpowiedź »nie«. W szpitalu w Dęblinie jest czynna od trzech miesięcy szkoła dla analfabetek i założono pracownię dla prostytutek, chcących się uczyć pracy. Dostanie jednak materyałów do pracy i pozyskanie instruktorek, chcących pracować ideowo, napotyka dziś na wielkie trudności, miejmy jednak nadzieję, że ta myśl, wszędzie zagranicą wprowadzona, ze zmianą stosunków da się i u nas wprowadzić. W tym kierunku mogłyby wiele uczynić istniejące już Towarzystwa walki z nierządem i Ochrony kobiet, doświadczenie uczy mnie bowiem, że wiele prostytutek potrzebuje tylko podania ręki, aby swój zawód porzucić.

Wnioski, jakiebym na podstawie zebranych dat postawił, są następujące:

1. Gromadzenie prostytutek w domach nierządu ze względu na łatwość kontroli.

2. Uregulowanie prowadzenia ewidencyi, a mianowicie tylko jedna władza (n. p. starostwo) powinna prowadzić kontrolę prostytutek.

3. Lekarz, oglądający prostytutki, powinien być płatny przez władzę, która mu to badanie poleca; nie wolno mu brać wynagrodzenia bezpośrednio od prostytutek. Lekarz taki powinien bezwarunkowo posiadać mikroskop i przynajmniej raz tygodniowo badać każdą prostytutkę co do gonokoków.

4. Prostytutkom leczyć się prywatnie u lekarzy, a tembardziej u felczerów, nie wolno. Każda prostytutka, chora wenerycznie, musi być od społeczeństwa oddzielona, co jest możliwe tylko przez oddanie jej do zamkniętego szpitala. W szpitalu powinny być separatki i lepsze jedzenie dla lepszych prostytutek.

5. Należy utworzyć szpital centralny, uposażony w specyalistów i wszelkie środki i urządzenia lecznicze, dla przypadków powikłanych lub dłuższego leczenia wymagających. Oprócz tego należy tworzyć w większych miastach szpitale mniejsze lub chociażby zamknięte oddziały dla wenerycznych przy szpitalach powszechnych, prowadzone jednak przez specyalistów. Przy tych szpitalach powinny być pracownie dla wykonywania próby Wassermanna.

6. Należy rozwinąć jak najszerszą akcyę, dającą prostytutkom możność porzucenia zawodu, dając im w czasie pobytu w szpitalu możność nauczenia się jakiejś pracy i ułatwiając rozpoczęcie tej pracy po wyjściu ze szpitala przez pomoc pieniężną, zakładanie warstatu do pracy, sprzedaż produktów pracy i t. d. Koszta leczenia wenerycznie chorej powinno opłacać bezwarunkowo państwo.

Po wygłoszeniu referatu otrzymałem jeszcze z Wierzbnika odpowiedź na mój kwestyonaryusz Wskutek tego niektóre daty ulegną zmianie, a mianowicie ogólna ilość prostytutek reglamentowanych wynosić będzie: 597. W Wierzbniku domów nierządu niema, wszystkie prostytutki mieszkają prywatnie. Narodowość, religia, poprzednie zajęcie prostytutek podane są tylko ogólnie jako polki, rzym.-kat., zarobnice. Komenda obwodowa prowadzi ewidencyę prostytutek, badanie przeprowadza lekarz powiatowy. Mikroskopowo się nie bada, prób Wassermanna nie wykonuje. Badanie i leczenie jest bezpłatne. W powiecie niema szpitali dla wenerycznie chorych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne d. 9. października 1918.

(Dokończenie).

(Dyskusya nad wykładami o grypie).

2) Kol. doc. Janiszewski przedstawił rzeczywisty przebieg epidemii w Krakowie. Jedynie pewnych dat dostarczyć może statystyka śmiertelności. Zbierano co tydzień wszystkie przypadki śmierci z powodu influenzy i zapalenia płuc razem. Otóż w pierwszym tygodniu epidemii było ich 3, w drugim 49, w trzecim 55, w czwartym 98, w piątym 87, w szóstym (13. X.—10. X.) 88. Ostatnia epidemia influenzy w r. 1890 trwała we Lwowie od 14. stycznia do 30. marca. Największa śmiertelność jest pomiędzy małemi dziećmi do 4. roku życia, a następnie u dorosłych w wieku od 20—30 lat. Od początku epidemii uderzająco mała jest śmier-

telność pomiędzy dziećmi szkolnemi pomimo bardzo licznych zachorowań. Najwięcej przypadków śmierci zdarzyło się na Kazimierzu, głównie pomiędzy tam zamieszkałą ludnością chrześciańską, następnie w Podgórzu, w śródmieściu, na Kleparzu i na Wesołej, najmniej w Łobzowie i Czarnej wsi. — Epidemia szerzy się w Krakowie, podobnie jak w całej Europie, groźnie. Z powodu kolosalnej liczby zachorowań zabrała już wiele ofiar w życiu ludzkiem. Procent jednak śmiertelności jest mały. Wobec nadzwyczajnie szybkiego szerzenia się zarazy, wielkiej wrażliwości, jaką co do niej okazuje większość ludzi, kolosalnej ilości ognisk w mieście i okolicy, nadzwyczajnie małej śmiertelności wśród dzieci szkolnych, a braku należytej opieki nad ubogiemi dziećmi poza szkołą i wobec braku korzyści, jakie zamykanie szkół w innych miastach przyniosło, magistrat dotąd szkół nie zamknął. Zamykał jedynie pojedyncze klasy, poddając izby szkolne gruntownemu oczyszczeniu. Obecnie 60% uczniów szkół średnich, a przeszło 80% dzieci szkół ludowych przebyło influenzę. Doświadczenie miejscowe z innych miast, oraz opisy epidemii 1889—1890 pouczają, że zwalczanie tej zarazy jest bardzo trudne i że więcej wskórać tu można przez stosowanie indywidualne pewnych środków ostrożności, niż przez ogólne zarządzenia władz. Obok ciągłej kontroli absencyi, zachorowań i śmiertelności dzieci szkolnych, badań bakteryologicznych w szkołach, przeprowadzano odkażanie mieszkań i rzeczy po zmarłych na influenzę; zwracano uwagę na czystość i porządek w kościołach, żłóbkach, ochronkach, kinach, teatrach, restauracyach, wozach tramwajowych i t. d. Odpowiednich zarządzeń pilnowali lekarze okręgowi. Wydano odpowiednie pouczenia dla ludności. Fizykat projektuje otwarcie szpitala dla chorych na influenzę, nie mających należytej opieki w domu i zażądał od wojskowości oddania Towarzystwu ratunkowemu oraz miejskiemu Urzędowi zdrowia dwóch krytych wozów automobilowych, oraz domagał się od wojska, by wobec panującej epidemii nie zabierało miastu lekarzy, sanitaryuszy i dezynfekcyonaryuszy. W końcu poczynił fizykat energiczne kroki o dostarczenie miastu środków leczniczych. (Streszczenie własne).

3) Kol. prof. K. Majewski: Zarówno z wykładów, jak i z dyskusyi wynika, że zachodzą pewne wątpliwości co do roli etyologicznej prątka Pfeiffera w panującej obecnej epidemii influenzy. Otóż ze stanowiska okulistyki mogę podnieść szczegół, który rzuca pewne światło na tę sprawę. Oto w ostatnich tygodniach spostrzegałem cały szereg przypadków ostrego zapalenia spojówek, rozwijającego się bądźto bezpośrednio po przebyciu influenzy, bądź też jeszcze w czasie jej trwania. Postać i etyologia tego zapalenia spojówek jest nam okulistom od dawna dobrze znana. Jestto tak zwana »conjunctivitis acuta ecchymotica«, wywołana przez prątki Koch-Weeksa. Bakterye te znajdują się w dużych ilościach w wydzielinie spojówkowej.

Tu muszę nadmienić, że ubiegłego roku mieliśmy do czynienia z prawdziwą pandemią tego zapalenia spojówek. Panowała ona nietylko u nas, ale we wszystkich prawie krajach Europy. Zapalenie to, jakkolwiek nie jest niebezpieczne i rzadko tylko wiedzie do poważniejszych powikłań, jest jednak cierpieniem bardzo przykrem i z powodu dolegliwości czyni chorego nieraz na przeciąg kilkunastu dni niezdolnym do pracy. W zimie przypadki te stały się rzadsze, a na wiosnę zdawało się, że epidemia już prawie wygasła. Dopiero w ostatnim czasie, kiedyto tak bardzo rozwielmożniła się grypa hiszpańska, zaczynają się znowu pojawiać coraz liczniejsze przypadki tego zapalenia spojówek, i to, jak się okazuje, w wielu razach w postaci powikłania lub bezpośredniego następstwa influenzy.

Wiadomo, że prątki Koch-Weeksa są to małe, cienkie gramoujemne laseczniki, które morfologicznie prawie zupełnie nie różnią się od prątków Pfeiffera, a także pod względem innych własności bardzo są do nich zbliżone, tak że już przed szeregiem lat Rymowicz wykazywał w jednej ze swych prac zupełną identyczność tych różnie nazywanych mikrobów. Wobec tego przypuszczenie, że influenza hiszpańska jest jednak wyrazem zakażenia tymi prątkami, nabiera mojem zdaniem większej mocy. Dodam wreszcie, że i w oczach zakażenie to stwarza również skłonność do wybroczyn. Występują one prawie stale, zwłaszcza pod spojówką gałki. Objaw to prawie nie spotykany w innych postaciach zapalenia spojówek. Otóż w przypadkach »conjunctivitis ecchymotica«, jakie się obecnie pojawiają, zwłaszcza w łączności z ogólnem zakażeniem grypą, wybroczyny te są szczególnie wybitne, o wiele jeszcze silniejsze od owych, jakieśmy widywali w zeszłorocznej samoistnej epidemii zapalenia spojówek Koch Weeksa. (Streszczenie własne).

4) Kol. prof. Ciechanowski: W 5 przypadkach we własnej rodzinie, z której dwie osoby przyjechały w czasie choroby trzech innych z okolic, nienawiedzonych zupełnie obecną epidemią, zauważył okres wylęgania 3-dniowy. Zauważył także wyraźne objawy zwiastunowe w postaci niedomagania, nieznacznych wzniesień ciepłoty w przeddzień poważnego zapadnięcia, co zresztą widywano i w epidemii r. 1889.

5) Kol. Blassberg odniósł na podstawie obserwowanych przypadków wrażenie, że zakażenie następuje nietylko przez stykanie się z chorym. Zdarza się bowiem nieraz w rodzinach, że w jednym dniu zapada szereg członków na influenzę. W związku z uczynionem spostrzeżeniem, że po opadach atmosferycznych nasilenie epidemii wyraźnie się zmniejsza, nasuwa się przypuszczenie, że może pył uliczny jest roznosicielem zarazka influenzy. To tłomaczyłoby także to niebywałe rozprzestrzenienie się epidemii w Europie.

6) Kol. prof. Lewkowicz: Nomenklatura tej dziś tak powszechnej choroby jest dotychczas nieustalona. L. byłby za przyjęciem nazwy »influenza«, zachowując — i tak nie polski — termin »grypa« dla spraw zapalnych dróg oddechowych, szczególnie górnych, wywoływanych przez bardzo rozmaite drobnoustroje (dwoinka Fränkla i inne). Nad etyologią obecnej epidemii przeprowadzał badania szczegółowe kol. Bujak; przemawiają one za tem, że drobnoustrój, opisany przez Pfeiffera, jest czynnikiem etyologicznym. Powikłania, spowodowane przez drobnoustroje ropne (paciorkowce), przypominają analogiczne zjawisko w płonicy. Może tu szukaćby należało drogi do leczenia surowicami (przeciwpaciorkowcowemi), aby zapobiedz przynajmniej powikłaniom, które same, a nie influenza, bywają powodem zejść śmiertelnych.

7) Kol. Kramarzyński (starszy) stwierdza na podstawie własnych spostrzeżeń, że raz przebyta influenza nie stwarza odporności przeciw powtórnemu zachorowaniu.

8) Kol. prof. Rosner spostrzegał w klinice chorób kobiecych szereg przypadków influenzy, przyczem choroba ta wybiera wśród chorych prawie wyłącznie tylko ciężarne i położnice. Stwarza to duże niebezpieczeństwo dla tych kobiet wskutek znanej symbiozy bakteryi influenzy z drobnoustrojami ropotwórczymi, niebezpieczeństwo, od którego możnaby te chore chronić szczepieniami ochronnemi przeciwko drobnoustrojom ropnym.

7) Kol. Bujak brał materyał do badania specyalnym sposobem z tchawicy, przyczem we wszystkich w klinice pedyatrycznej badanych przypadkach influenzy znalazł prątka Pfeifferowskiego.

10) Kol. Szymanowski badał bakteryologicznie zamkniętą epidemię na oddziele aresztanckim, przyczem za życia stwierdzał stale prątek Pfeifferowski, po śmierci w materyale branym z tchawicy znajdował ten drobnoustrój często, w innym materyale go nie stwierdzał.

11) Kol. T. Cybulski: Choroba hiszpańska u osesków występuje bardzo rzadko i bardzo łagodnie. U starszych dzieci zakażenia są częstsze i cięższe. C. zauważył, że język w początkowych okresach jest charakterystycznie obłożony, mianowicie bywa szarawo-aksamitny. We wszystkich spostrzeganych przypadkach zwróciło uwagę kol. C., że chorzy mieli na ciele bardzo liczne ślady pokąsań przez pchły. Gdy przypomnimy sobie sposób przenoszenia się tyfusu plamistego przez wszy, to może ślady ukłucia przez pchły nabiorą innego znaczenia, niż mają dotychczas.

12) Kol. prof. Wrzosek sądzi, że mimo przedstawień kol. Janiszewskiego szkoły należałoby zamknąć, aby usunąć choć jedną z wielu przyczyn — a zapewne przyczynę bardzo poważną — szerzenia się epidemii hiszpanki.

13) Kol. prof. Latkowski: Okres wylęgania nie zawsze bywa tak stały, jak spostrzegał kol. prof. Ciechanowski. Obok wylęgania dłuższego (5-dniowych) spostrzegał przypadki o okresie wylęgania znacznie krótszym (1—2-dniowym).

14) Prócz tego zabierali jeszcze głos koledzy Kostrzewski i Janiszewski (po raz drugi).

Posiedzenie zwyczajne d. 30. października 1918.

Przewodniczy: prezes prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Protokół po odczytaniu przyjęto.

II. Na wniosek Wydziału, przedstawiony przez kol. prezesa, 1) wybrano komisyę przedwyborczą w następującym składzie: koledzy: rektor Kostanecki, prof. Maziarski, prof. Latkowski, doc. Majer, doc. Zubrzycki, Dr Walter Franciszek, Witaliński, Surzycki, Weinsberg, Hirsch Herman, Wysocki, Owsiński, Kostrzewski, Weber, Michejdzina;

2) uchwalono na sprawozdawczem posiedzeniu w styczniu

1919 zgłosić wniosek o podwyższenie wkładki rocznej do 60 koron.

III. Kol. Dr Blassberg przedstawia chorego, liczącego 48 lat, który okazuje w skórze, w tkance łącznej podskórnej i w mięśniach liczne wymacalne guzki bąblowate, o średniej wielkości dużego grochu, nad którymi skóra jest niezmieniona. Wyłączywszy możliwość tłuszczaków, nerwiaków i złogów kwasu moczowego, rozpoznał B. **rozsiane bąblowce tasiemca**, a próbne wycięcie kilku guzków potwierdziło rozpoznanie. Na dnie oczu, w układzie nerwowym i narządach wewnętrznych zmian nie ma. Członków ani jaj tasiemca w stolcu nie znaleziono. Choroba rozpoczęła się stopniowo przed 6 laty. Jest to rzadki rodzaj zakażenia się człowieka przez jaja i zarodki tasiemca, które dostały się ze stolców wprost bez pośrednictwa mięsa zwierzęcego do przewodu pokarmowego ludzkiego i rozsiawszy się po ustroju, wytworzyły bąblowce. Kol. B. widział już poprzednio jeden podobny przypadek, sekcyonowany w krakowskim zakładzie anatomo-patologicznym, a drugi w krakowskiej klinice neurologicznej, w którym stwierdzono objawy ogniskowe mózgu, wywołane przez jeden z bąblowców. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Michejda przedstawia:

1) chorego, u którego **utracony** wskutek postrzału **palucha** prawej ręki **zastąpiono przez przeszczepienie kikuta wskaziciela** tejsamej ręki, składającego się z pierwszego członka palcowego, na kość śródręcza I. drogą operacyi plastycznej — i omawia metody plastyki palucha;

2) chorego, u którego ziarnkującą powierzchnię kikuta amputacyjnego goleni pokryto **autoplastycznie** płatem skórnym, wziętym z drugiej goleni. W obu przypadkach wynik czynnościowy jest dobry.

V. Kol. Hładij przedstawia:

1) **protezę** na amputowaną kończynę górną. Proteza ta aczkolwiek zaledwie przed 8 miesiącami została wydana choremu, znajduje się w tak lichym stanie, że o jej użyciu — nawet dla celów kosmetycznych — mowy niema; kol. H. nawiązuje do tego szereg krytycznych uwag, dotyczących zaopatrywania inwalidów w protezy;

2) chorego 35-letniego po **resekcyi żołądka** z powodu **raka odźwiernika**, z czem kol. H. łączy omówienie metod resekcyi żołądka.

Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

szkliwiak, Adamant(om)inom, Emailloid.
obsadka, imadło żegadłowe, Aetzmittelträger.
od(prze)nosiciel chorych, Krankenträger.
pociąganie nosem, schnüffeln.
kopystka rurkowata, Röhrenspatel.
niedodma wchłonna, Resorptionsatelektase.
wchłonny, resorbierbar.
paciorkowce, Reihenkokken.
odradowy, radiogen.
ropienie śledziony, pyosplenitis.
opatrunek proszkowy, Pulververband.
duchowy, psychogen.
opaska załamywana, bandage renversé.
skalisty, wapnisty, petrosus.
leczenie dyetetyczne, Phagotherapie.
rozpad komórek żernych, phagolysis.
leczenie promienistością, Aktinotherapie.
jad ropuszy, Phrynolysin.
jad pszczelny, Bienengift.
jad pajęczy, Arachnolysin.
trucizna roślinna, Phytotoxin.
kurczenie się plazmy, plasmolysis.
wadliwe rogowacenie, parakeratosis.
odporność ogólna, wszechodporność, Panimmunität.
wy(na)macalny, palpabel.
bolak alepski, Orientgeschwür.
odczyn oczny, Ophthalmoreaktion.
wywoływanie puchliny, Oedemisierung.
szpital tymczasowy, Notspital.
nauka o odurzaniu, narcologia.
płukadło nosowe, Nasenspüler.
trucizna nerwowa, Nervengift.
początek miesiączkowania, menarche.
zwyrodnienie, zmiana wyradniająca nerek, Nephrose.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W ostatnich tygodniach szerzy się w Krakowie coraz silniej dur osutkowy.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1918:
Gazeta lekarska Nr 48.—50.: Wejnert: Mikołaj Rejchman (wspomnienie pośmiertne) (48). — Ciechanowski: Nagłe zadania na polu zdrowia publicznego (48). — Goldflam: O uleczalnej postaci zespołu Brown-Scquarda (dok. 48—49). — K. Zieliński: Dalszy przyczynek do stosowania płynu mózgowo-rdzeniowego w celach leczniczych w tyfusie wysypkowym i innych chorobach zakaźnych (49—50). — Korybut-Daszkiewicz: Protargol jako środek zapobiegający przeciw influenzy (49). — Landau A.: O wczesnem leczeniu grypy t. zw. hiszpańskiej zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej (50).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.